

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

423

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre MENDER

Né le 22 juillet 1902, à Reims (Marne)

Ancien interne des Hôpitaux de Reims

Interne en Médecine des Asiles de la Seine

# LES PERVERSIONS MORALES POSTENCÉPHALITIQUES

*Président : M. BALTHAZARD, professeur.*

ÉDITIONS MÉDICALES NORBERT MALOINE

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1929



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre Menger

Né le 22 juillet 1902, à Reims (Marne)  
Ancien interne des Hôpitaux de Reims  
Interne en Médecine des Asiles de la Seine

# LES PERVERSIONS MORALES POSTENCÉPHALITIQUES

Président : M. BALTHAZARD, professeur.

ÉDITIONS MÉDICALES NORBERT MALOINE

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS 1929

DOYEN... M. ROGER.  
I. — PROFESSEURS

|                                                                        | MM.               |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Anatomie <sup>2</sup> . . . . .                                        | ROUVIÈRE.         |
| Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .            | CUNÉO.            |
| Physiologie . . . . .                                                  | ROGER.            |
| Physique médicale . . . . .                                            | STROHL.           |
| Chimie médicale. . . . .                                               | DESGREZ.          |
| Bactériologie. . . . .                                                 | LEMIERRE.         |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale . . . . .                 | BRUMPT.           |
| Pathologie et thérapeutique générales. . . . .                         | N...              |
| Pathologie médicale . . . . .                                          | N...              |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                      | LECÈNE.           |
| Anatomie pathologique . . . . .                                        | ROUSSY.           |
| Histologie . . . . .                                                   | CHAMPY.           |
| Pharmacologie et matière médicale. . . . .                             | TIFFENEAU.        |
| Thérapeutique . . . . .                                                | LOEPER.           |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie. . . . .                      | Maurice VILLARET. |
| Hygiène et médecine préventive . . . . .                               | TANON.            |
| Médecine légale . . . . .                                              | BALTHAZARD.       |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                   | MÉNÉTRIÉR.        |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                         | RATHERY.          |
| Clinique médicale . . . . .                                            | CARNOT.           |
|                                                                        | BEZANÇON.         |
|                                                                        | ACHARD.           |
|                                                                        | M. LABBÉ.         |
| Hygiène et clinique de la première enfance . . . . .                   | LEREBOULLET.      |
| Clinique des maladies des enfants. . . . .                             | NOBÉCOURT.        |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.         | H. CLAUDE.        |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques <sup>1</sup> . . . . . | GOUGEROT.         |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                     | GUILLAIN.         |
| Clinique des maladies infectieuses . . . . .                           | TEISSIER.         |
| Clinique de la tuberculose. . . . .                                    | Léon BERNARD.     |
| Clinique chirurgicale . . . . .                                        | DELBET.           |
|                                                                        | HARTMANN          |
|                                                                        | LEJARS.           |
|                                                                        | GOSSET.           |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                     | TERRIEN.          |
| Clinique urologique. . . . .                                           | LEGUEU.           |
| Clinique d'accouchements . . . . .                                     | COUVELAIRE.       |
|                                                                        | BRINDEAU.         |
|                                                                        | JEANNIN.          |
| Clinique gynécologique . . . . .                                       | J.-L. FAURE.      |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie . . . . .                | OMBRÉDANNE.       |
| Clinique thérapeutique médicale . . . . .                              | VAQUEZ.           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique. . . . .                             | SEBILEAU.         |
| Clinique thérapeutique chirurgicale . . . . .                          | Pierre DUVAL.     |
| Clinique propédeutique. . . . .                                        | SERGENT.          |
| Professeurs sans chaire. . . . .                                       | BRANCA.           |
|                                                                        | MAUCLAIRE.        |



## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

### MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.  
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.  
 BÉNARD (H.). Pathologie médicale.  
 BINET . . . . . Physiologie.  
 BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.  
 BROCC . . . . Pathologie chirurgicale  
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.  
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.  
 CATHALA . . . Pathologie médicale.  
 CHABROL . . . Pathologie médicale.  
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.  
 De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.  
 DOGNON. . . . Physique.  
 DONZEEOT . . . Pathologie médicale.  
 ÉCALLE . . . . Obstétrique.  
 FEY . . . . . Urologie.  
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale  
 GASTINEL . . . Bactériologie.  
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale  
 GIROUD . . . . Histologie.  
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.  
 HOVELACQUE Anatomie.  
 HUTINEL. . . . Pathologie médicale.  
 JOANNON. . . . Hygiène.  
 JOYEUX . . . . Parasitologie.

### MM.

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.  
 LAROCHE (G.) Pathologie médicale.  
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.  
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique.  
 LEVEUF . . . . Pathologie chirurgicale.  
 LIAN. . . . . Pathologie médicale.  
 MERCIER (F.) Pharmacologie.  
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale  
 MOREAU. . . . Pathologie médicale.  
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.  
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.  
 MULON. . . . Histologie.  
 OBERLING. . . Anatomie pathologique  
 OLIVIER. . . . Anatomie.  
 PIÉDELIÈVRE Médecine légale.  
 PORTES . . . . Obstétrique.  
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.  
 RICHEL. . . . Physiologie.  
 SÉZARY . . . . Dermatologie et Syphiligraphie.  
 VALLERY-RADOT  
 (Pasteur) . . . Pathologie médicale.  
 VAUDESCAL. Obstétrique  
 VELTER. . . . Ophtalmologie.  
 VERNE. . . . Histologie.  
 VIGNES. . . . Obstétrique.

## III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

### POUR LE SERVICE DES EXAMENS

### MM.

BUSQUET. . . . . Pharmacologie.  
 GUÉNIOT. . . . . Obstétrique.  
 LEQUEUX . . . . . Obstétrique.

### MM.

NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.  
 RETTERER. . . . Histologie.  
 ZIMMERN. . . . Physique.

#### IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

##### A TITRE PERMANENT

###### MM.

ALGLAVE. . . Clinique chirurgicale.  
AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.  
CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.  
LAIGNEL-LAVASTINE. . Clinique médicale.  
LE LORIER . . Clinique obstétricale.

###### MM.

LÉRI . . . . . Clinique médicale.  
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.  
PROUST. . . . Clinique chirurgicale.  
SCHWARTZ. . . Clinique chirurgicale.

#### V. — CHARGÉS DE COURS

|                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
| FREY. . . . .           | Stomatologie.        |
| CHAILLEY-BERT . . . . . | Education physique.  |
| LEDoux-LEBARD . . . . . | Radiologie clinique. |
| WEILL-HALLÉ. . . . .    | Puériculture.        |

*Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

## A MON PÈRE

*Qui depuis notre enfance a toujours eu la ferme ambition de nous voir parvenir aux études supérieures. Qu'il trouve ici le témoignage de notre amitié et de notre reconnaissance.*

## A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

*Enlevée prématurément à notre affection et pour qui l'achèvement de cet ouvrage eut été un pur bonheur.*

## A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR GENIL-PERRIN

*Grâce à qui nous avons pu  
entreprendre ce travail ; qui fut  
toujours pour nous, au cours de  
deux années d'internat, un chef  
bienveillant et encourageant. En  
témoignage de notre vive recon-  
naissance pour les méthodes de  
travail qu'il a su nous suggérer.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BALTHAZARD

*Qui a bien voulu nous faire le  
grand honneur d'accepter la pré-  
sidence de notre thèse.*

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ  
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR COURBON

*Qui nous a fait l'honneur de  
nous inviter à l'aider dans ses  
travaux.*

A MM. les MÉDECINS DES ASILES DE LA SEINE

A MES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE REIMS

A MM. LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS  
DE L'HOPITAL DE REIMS.

A TOUS CEUX QUI, AU COURS DE NOS ÉTUDES,  
FURENT DE VRAIS AMIS

# LES PERVERSIONS MORALES POSTENCÉPHALITIQUES

---

## INTRODUCTION

En fin de son rapport sur les perversions instinctives, Dupré signalait qu'une mention particulière devait être faite au sujet des perversions instinctives acquises.

Il disait alors : « Un certain nombre d'observations probantes démontrent que chez un sujet, auparavant normal et correct dans ses instincts, ses sentiments et sa conduite, peuvent apparaître, sans autres troubles psychiques bien marqués, des perversions affectives et morales plus ou moins graves, à la suite de traumatismes craniens, même sans fracture, ou d'affections cérébrales variées aiguës ou subaiguës, qui guérissent en laissant comme séquelles presque uniques ou au moins dominantes, sans diminution sensible de l'intelligence, des modifications profondes et durables du caractère, des tendances et des sentiments (1). »

L'encéphalite épidémique nous a paru dans bien des cas avoir une action élective sur la vie morale des sujets atteints et être la cause de troubles psychiques

1. Dupré, Rapport au Congrès des aliénistes et neurologistes de France. Tunis, 1912.

persistants portant avec prédilection sur les affections et le caractère.

Nous nous proposons dans cet ouvrage d'examiner rapidement l'ensemble des perversions morales quelles qu'elles soient, constitutionnelles ou acquises, puis, par l'étude des séquelles mentales de l'encéphalite épidémique, de chercher à dégager les perversions morales qu'elles comportent, leurs caractères, et, si possible, leur individualité.

Nous n'avons pas l'intention de refaire l'étude détaillée des perversions instinctives et de l'encéphalite épidémique, cependant il nous a paru indispensable avant d'aborder le sujet de notre travail de donner un exposé rapide des perversions instinctives et de tracer le tableau de l'encéphalite épidémique et de ses séquelles telles qu'on les conçoit à l'heure actuelle.

## CHAPITRE PREMIER

### LES PERVERSIONS INSTINCTIVES

1. La description de Dupré.
2. Résumé clinique.
3. Perversions instinctives et dégénérescence.
4. Le diagnostic des perversions instinctives.

#### I. — La description de Dupré.

Dupré dans sa classification s'ingénie à faire rentrer dans trois cadres bien distincts des perversions de tous ordres, et cela, en prenant pour base la division des instincts normaux en trois groupes :

L'instinct de conservation,

Les instincts de reproduction,

Les instincts d'association.

Il faut surtout voir là un souci d'ordre et de clarté, une recherche de facilité pour la mémoire qui se satisfait d'associations grossières, plutôt qu'une expression répondant rigoureusement à la réalité des faits. Un sadique n'est pas loin d'un masochiste, il y a simple interversion du sujet qui reçoit ou qui inflige les traitements douloureux. Un calomniateur est aussi très voisin d'un destructeur ; il y a chez l'un comme chez

l'autre le même esprit de malignité qui en fait deux fléaux sociaux.

Chez le toxicomane, il y a perversion des appétits qui rentrent dans le cadre de l'instinct de conservation, mais il y a quelque chose de nouveau, une tendance fantaisiste qui est plus qu'une simple dystrophie d'un instinct normal.

Nous ne reprendrons pas l'énumération de toutes les perversions instinctives, elles figurent au grand complet dans l'ouvrage de Dupré, elles sont actuellement bien connues, en particulier les perversions de l'instinct sexuel, qui ont donné lieu à d'innombrables communications.

Nous nous bornerons, en prenant pour guide la classification de Dupré, à énumérer les tendances perverses que nous rencontrons le plus fréquemment chez nos malades dégénérés.

#### *Perversions de l'instinct de conservation.*

La gloutonnerie, l'ivrognerie, la gourmandise, les tendances au suicide qui ne sont pas exceptionnelles chez les jeunes dégénérés, la vanité, la mythomanie sous toutes ses formes, qu'il s'agisse de simple hâblerie ou de dénonciations calomnieuses.

#### *Perversions de l'instinct de reproduction.*

L'érotisme qui entraîne l'impudicité et parfois même des violences, l'onanisme que l'on a considéré comme responsable de certains troubles psychopathiques, tels que

les états psychoneurasthéniques, la pédophilie, la pédérastie et le tribadisme, l'exhibitionnisme qui comporte fréquemment une part d'obsession, mais qui peut aussi en être dépourvu ; à noter, à côté de l'exhibitionnisme génital, l'exhibitionnisme postérieur et l'exhibitionnisme des seins ; enfin la prostitution, si répandue chez les débilés, qui forment le troupeau des prostituées-nées, mais aussi bien souvent, simple expression de l'immoralité féminine, qui crée les prostituées d'occasion.

Signalons aussi l'inceste, qui, en général, n'est que la réaction d'un père en état d'ivresse érotique ou éthylique sur sa fille inconsciente.

*Perversions de l'instinct d'association.*

La malignité constitutionnelle qui trouve sa satisfaction dans la nocivité à l'égard d'autrui, c'est cette tendance qui fait agir les destructeurs, les meurtriers, les criminels de tous ordres : sadiques, empoisonneurs, incendiaires, vandales de toute espèce. Associée à la mythomanie elle peut engendrer les dénonciations calomnieuses qui vont se manifester soit sous forme de lettres anonymes avec leur caractère particulier de lâcheté, soit sous forme de plainte à la police, avec mise en scène malicieuse et parfois automutilation. Il s'agit en général d'accusations génitales, portées à la suite de déceptions amoureuses ou imaginées par des fillettes par esprit de malignité.

Les tendances aux violences, l'inéducabilité et l'inadaptabilité au milieu social, l'instinct d'opposition qui ruine toute tentative d'union et de collaboration.

Les fugues, les évasions et les désertions qui sont chez le pervers l'expression d'une constitution instable.

Disons tout de suite que l'étude d'un pervers, quel qu'il soit, sera toujours une tâche délicate et que jamais l'on ne se fondera sur assez de garanties et de vérifications des faits.

La réticence sera dans bien des cas difficile à vaincre, le mensonge devra constamment être dépisté et soupçonné. Pour engager le sujet dans la voie des aveux, il faudra le mettre en confiance, essayer de lui montrer nettement son irresponsabilité ou encore feindre d'adopter pour un moment sa mentalité. Mais les renseignements les plus précieux seront ceux que fournissent les familles, car l'hypocrisie quand elle peut être dévoilée ne l'est souvent que par une fréquentation continue et prolongée, qui surprend les préméditations et les hontes cachées. La réticence par elle-même ne nous permettra jamais d'affirmer l'existence de perversions, de même, la simulation peut être le fait d'un simple calcul chez un immoral ordinaire, mais disons dès maintenant que certains postencéphalitiques nous étonneront par leur cynisme dans l'exposé complaisant qu'ils nous feront presque sans sollicitation, des sombres méfaits de leur perversité acquise.

## II. — Résumé clinique.

Si nous considérons le degré d'intelligence des individus, nous nous apercevons que les facultés les mieux

développées comme les arriérations les plus profondes, peuvent être associées aux perversions ; que la conscience et la science n'excluent nullement la manifestation des mauvais instincts. Il ne s'agit pas de discuter ici la question des relations de la science et de la morale, puisque nous sommes dans le domaine pathologique ; disons simplement que les faits pathologiques dont nous nous occupons peuvent se combiner indifféremment avec les états intellectuels les plus divers ; que, depuis l'idiot inconscient et impulsif jusqu'au savant hyperlucide, des tendances perverses peuvent troubler les constitutions.

Il en est de même dans la sphère affective et l'indifférence de l'imbécile, comme l'hypersensibilité de l'artiste, peuvent marcher de pair avec des perversions.

Disons aussi que chez les arriérés idiots et imbéciles les perversions sont essentiellement d'ordre moteur ; qu'à mesure que l'intelligence se développe, les manifestations perverses s'intellectualisent pour en arriver chez certains à la malice et à la mystification, chez d'autres même à l'intrigue malicieuse, aux séductions, aux corruptions.

Si nous considérons les sentiments éthiques et le comportement social, nous sommes frappés des contrastes parfois invraisemblables que l'on rencontre chez les pervers : une conscience morale intègre, portant sur toute une partie de la sphère éthique, peut chez le même sujet s'opposer à des désordres scandaleux, lorsqu'il s'agit d'une activité d'ordre différent ; les exemples en sont innombrables, il suffit de regarder autour de soi.

Dans leur traité de médecine légale infantile, MM. Collin et Rollet (1) insistent sur le fait que « le diagnostic de perversité ne doit pas être éliminé pour la raison que, dans certaines circonstances, le pervers peut témoigner de sentiments généreux et altruistes » ; ils ajoutent : « Nous avons vu des enfants dont la malignité était certaine et qui faisaient preuve d'une tendresse excessive pour un animal, pour un camarade, pour un frère ou une sœur. Il est des perversions électives qui permettent ce dualisme sentimental analogue à celui de Courty de la Pommeraye, empoisonneur patent, doublé d'un frère et d'un époux très tendre. »

Rappelons encore qu'un certain nombre de ces déséquilibrés pervers, mauvais sujets dans la vie civile, sont d'excellents soldats devant l'ennemi et peuvent être décorés tout jeunes.

### III. — Perversions instinctives et dégénérescence.

N'oublions pas que dans la recherche des causes de la perversité nous sommes constamment sur le terrain pathologique, nous ne nous inquiétons pas de ce qui peut modifier à l'état normal les tendances bonnes ou mauvaises de l'individu, libre à chacun d'interpréter les choses comme il le juge, de voir, par exemple, dans l'immoralité le résultat d'influences analogues à celles qui interviennent dans les perversions, mais plus discrètes,

1. Collin et Rollet, *Médecine légale infantile*, 1920.

plus atténuées, plus sensibles à l'action de la volonté de l'individu. Nous ne cherchons pas à savoir si, dans la Nature, il existe d'un côté le bien, de l'autre le mal, et si, en présence de cette alternative, se trouve un homme capable de choisir librement, avec une volonté essentiellement libre ou, au contraire, si les moindres actes de l'homme normal ne sont que le résultat d'un déterminisme fatal et rigoureux. Nous étudions des états psychiques morbides, nous en recherchons les causes et, si nous admettons à la rigueur que l'immoralité peut avoir sa source principale dans la volonté propre de l'individu, dans le libre choix de l'activité qui est l'expression d'un désir insubordonné, nous ne pouvons nous empêcher de chercher ailleurs la cause d'états psychopathiques tels que les perversions instinctives.

Pour résumer, en un mot d'ailleurs assez vague, les causes des perversions constitutionnelles, nous dirons qu'elles relèvent des dégénérescences, que « ce sont des anomalies malades du type normal de l'humanité, héréditairement transmissibles et évoluant progressivement vers la déchéance (Morel) ».

Mais ce qu'il s'agirait de préciser c'est l'influence particulière que peuvent avoir sur les constitutions, les conditions qui passent pour favoriser et entraîner la dégénérescence. Ces conditions sont innombrables, elles doivent être recherchées dans la vie de l'individu et dans celle de ses ascendants. Ce sont des causes d'intoxication : le paludisme, l'alcool, les stupéfiants, des influences géologiques (crétinisme), des maladies infectieuses graves (syphilis, tuberculose, fièvre typhoïde,

méningites, etc.), des conditions néfastes résultant du milieu social (surmenage et mauvaise hygiène, émotions à répétition, industries et professions insalubres, paupérisme, famines, épidémies, guerre); des rapprochements sexuels entre les membres d'une même famille, des maladies infectieuses chez les parents au moment de la conception, leur état défectueux dans cette même période, enfin des accidents qui ont pu survenir au cours du travail de l'accouchement et des traumatismes subis par la tête fœtale, des infections fœtales présumées; puis, plus tard des encéphalopathies infantiles, des maladies infectieuses graves à retentissement méningo-encéphalique, survenues dans la première enfance et même au cours de l'adolescence.

Morel qui a établi la loi de la progressivité de la dégénérescence, semble faire des perversions instinctives une étape de l'évolution de la dégénérescence dans une même lignée. Il déclare : « Dans une première génération, on n'observe, je suppose, que la prédominance du tempérament nerveux, la tendance aux congestions cérébrales, avec ses conséquences naturelles : irritabilité, violence, emportement du caractère. Dans une seconde génération, il sera permis de constater une recrudescence de ces dispositions malades du système nerveux. On signalera des hémorragies cérébrales, des affections idiopathiques du cerveau ou tout au moins quelques-unes de ces névroses capitales, qui se relie, bien plus souvent qu'on ne le croit, aux dispositions antérieures des ascendants, épilepsie, hystérie, hypo-

condrie. Continuons cette progression, car nous supposons que rien n'est tenté pour arrêter l'enchaînement successif et irrésistible des phénomènes. Dans la génération qui suit, les dispositions à la folie sont pour ainsi dire innées ; *les tendances seront instinctives et de mauvaise nature*. Elles se résumeront dans des actes excentriques, désordonnés, dangereux. Elles auront ce caractère spécial qui nous permettra de fixer, à ces êtres malheureux, la place qui leur convient dans la hiérarchie des intelligences déchues par suite de prédispositions héréditaires de mauvaise nature (1). »

Tant de psychoses, d'états de déséquilibre, d'états d'arriération sont eux aussi la conséquence de cette dégénérescence que la valeur nosologique de celle-ci se trouve très réduite.

Il est probable que ces états de dégénérescence si divers s'expliquent par des lésions aussi diverses des centres nerveux, lésions qui, suivant leurs localisations ou leur diffusion, peuvent produire des paranoïaques, des pervers, des idiots.

Ayant étudié l'évolution de l'idée de dégénérescence depuis ses origines jusqu'aux temps modernes, voici l'opinion que formule M. Genil Perrin : « La dégénérescence déborde de toutes parts les limites de la psychiatrie. Elle est à la base des formes multiples de la criminalité et les exagérations de certains ne doivent pas faire oublier qu'elle éclaire d'un jour exact toute une série de manifestations artistiques aberrantes ». « Enfin la portée sociale de la notion de dégénéres-

1. Morel, *Traité des Maladies mentales*, 1859.

cence, déjà manifeste dans ses formes embryonnaires, s'est affirmée depuis son individualisation. *La lutte contre la dégénérescence constitue un des plus précieux éléments de sauvegarde de la société moderne* (1). »

« Le criminologiste observe, dans les milieux pénitentiaires, qu'un grand nombre de délinquants présentent, outre les lacunes morales et les perversions instinctives qui les caractérisent, des troubles nerveux, sensoriels et intellectuels, des malformations somatiques, qu'on retrouve également dans leur hérédité ascendante et collatérale, et qui démontrent, sur le terrain commun de la dégénérescence, les étroites affinités de la débilité intellectuelle et de la débilité morale, des prédispositions psychopathiques et des tendances criminelles. »

« Toutes ces observations psychologiques, cliniques et médico-légales, imposent la notion de la nature pathologique et le plus souvent congénitale des perversions instinctives, de leur origine commune et de leur association habituelle avec la débilité et le déséquilibre de l'activité intellectuelle et volontaire (2). »

Chacun est actuellement d'accord quant à l'origine dégénérative des perversions instinctives, mais Dupré ne se contente pas de cette notion imprécise et trop générale, il tente une explication plus satisfaisante, plus profonde, qui tout en demeurant hypothétique, n'en présente pas moins un caractère évident de vraisemblance : « Si la débilité psychique peut être la con-

1. Genil, Perrin, Thèse de Paris, 1912.

2. Dupré, Rapport au Congrès de Tunis, 1912

séquence d'arrêts de développement, d'aplasies de l'écorce cérébrale, le déséquilibre des facultés doit plutôt relever d'anomalies congénitales ou précocement acquises de structure, qui troublent, dans leurs proportions et leurs relations respectives, les éléments cellulaires et les systèmes fonctionnels de la substance grise. »

« L'origine et les causes des perversions instinctives sont donc celles de toutes les autres formes de la débilité et de la déséquilibration psychiques. Toutes les lacunes, les déviations et les inversions des tendances affectives, sexuelles et morales, que synthétise le vocabulaire de perversions instinctives, correspondent en effet soit à des arrêts ou à des insuffisances de développement, soit à des anomalies de structure, soit enfin à des lésions acquises de l'écorce cérébrale. »

Les dégénérescences peuvent être réparties en deux groupes : 1<sup>o</sup> Les dégénérescences héréditaires, similaires ou dissemblables ; 2<sup>o</sup> Les dégénérescences acquises.

Dans les premières interviennent les influences de l'atavisme, de la consanguinité, de l'hérédité directe ou collatérale, de l'hérédité convergente ; les affections fœtales acquises au cours de la grossesse et de l'accouchement et que l'on peut désigner sous le terme de dégénérescence gravidique ou conceptionnelle. Ces maladies fœtales forment l'intermédiaire entre les dégénérescences héréditaires et les dégénérescences acquises. Le germe, puis le fœtus, évoluant pour leur propre compte acquièrent, du fait du milieu défectueux où ils

se forment, des tares dont les générateurs sont évidemment responsables

Dans le deuxième groupe peuvent être rangées un certain nombre d'affections graves de la première enfance, de la deuxième enfance et de l'adolescence, qui survenant dans un organisme en voie d'évolution produisent des désordres persistants, des agénésies et des dysgénésies que le système nerveux subit avec prédilection, puisqu'il est le dernier à effectuer son complet développement, et qui, au lieu de s'atténuer, s'amplifient et se répètent chez les descendants.

Nous n'insisterons pas sur les stigmates physiques de la dégénérescence, qui depuis Lombroso ont été l'objet d'études minutieuses.

Signalons les stigmates physiologiques, dont l'étude est en grande partie résumée dans le tableau du syndrome de débilité motrice de Dupré.

En outre on constate des troubles des fonctions sensorielles: surdité, anosmie, agueusie, du tremblement, de la myoclonie, des troubles manifestes dans la fonction d'élocution; à signaler aussi l'énurésie, les troubles du sommeil, la précocité ou le retard des tendances sexuelles, l'état pour ainsi dire anaphylactique vis-à-vis des toxiques, enfin l'aptitude au délire et aux convulsions. Les tics forment plutôt des stigmates psychomoteurs au même titre que les obsessions et les impulsions.

Pour en finir avec les diverses influences qui créent les perversions, disons que la dégénérescence n'est pas en général une cause suffisante pour déclancher les

manifestations perverses ; elle forme la constitution du sujet, elle crée les prédispositions, et les perversions vont, pour ainsi dire, germer sur ce terrain favorable. Il faut accorder une influence positive au rôle du milieu, dans l'éclosion des manifestations perverses. Le vieux dicton : « Dis-moi qui tu hantes et je te dirai qui tu es » conserve ici toute sa valeur. « Les perversions instinctives réunissent deux facteurs étiologiques principaux : le milieu et l'hérédité (1). »

A noter la forte proportion des séparations, des divorces, des mariages, l'influence fâcheuse des marâtres et des beaux-pères dans les familles de nos internés adolescents avec troubles du caractère.

Sans tomber dans les exagérations de la doctrine de S. Freud encore moins dans celles de certains psychanalistes tels que la princesse Marie-Bonaparte (voir l'interprétation de l'affaire Lefebvre) (2) nous estimons que certaines impressions sexuelles vives survenues dans l'enfance ou l'adolescence peuvent déterminer des tendances perverses persistantes, mais nous n'oublions pas que ces manifestations surviennent sur un fonds de dégénérescence. Dupré n'a-t-il pas dit au sujet du fétichisme : « Le fétichisme est une perversion déterminée chez les sujets émotifs, par une forte impression reçue à l'occasion des premières sensations voluptueuses, fixée dans le souvenir par une véritable anastomose sensoriogénitale (3). »

1. Blin, *Les débilités mentales*.

2. Cas de Mme Lefebvre, *Revue française de psychanalyse*, juillet 1917.

3. Dupré, *loc. cit.*

Donc si la dégénérescence crée souvent les perversions instinctives, souvent aussi elle ne crée que les dispositions.

« La tendance à l'acte n'implique pas, en effet, la fatalité de l'action et bien des anormaux à tendances perverses restent toute leur vie innocents de tout acte délictueux ou criminel (1). »

C'est l'éducation, c'est l'entraînement, ce sont les occasions qui vont faire s'épanouir les réactions perverses, cela est tellement vrai que Dupré qui porte un pronostic très sombre sur les perversions instinctives admet pourtant que, « dans la mesure où le permettront les autres anomalies, pour la plupart également constitutionnelles qui s'associent à elles, la perversité des instincts est plus ou moins susceptible d'être amendée et favorablement influencée par l'éducation, l'exemple, la culture morale ».

Signalons encore l'influence déterminante, chez des prédisposés, de maladies infectieuses, des intoxications, des traumatismes crâniens. Considérant les perversions instinctives soi-disant acquises, MM. Laignel-Lavastine, Barbé et Delmas, déclarent : « Des perversions instinctives peuvent apparaître sans diminution sensible de l'intelligence, à la suite des traumatismes crâniens ou d'affections cérébrales aiguës ou subaiguës, qui guérissent sans laisser d'autres séquelles que ces perversions instinctives. Mais dans ce dernier cas, force est bien d'admettre encore une prédisposition

1. Heuyer, *Enfants anormaux et délinquants juvéniles*. Thèse de Paris, 1914.

latente, puisque, en d'autres circonstances, les mêmes atteintes traumatiques ou infectieuses du cerveau peuvent guérir sans séquelles (1). »

Nous verrons qu'en ce qui concerne l'encéphalite épidémique, les perversions semblent bien être créées de toute pièce par l'atteinte encéphalitique. Ce qui vient à l'appui de cette hypothèse, c'est leur apparition chez des sujets dépourvus de toute tare héréditaire et ce qui nous confirmerait dans cette opinion, serait le fait de pouvoir constater une individualité propre aux troubles mentaux postencéphalitiques (ce que certains auteurs ont déjà affirmé) et en particulier aux perversions consécutives à l'encéphalite.

#### IV. — Le diagnostic des perversions instinctives.

Mis en présence de réactions immorales, nous aurons à faire de la cause pathologique dont elles relèvent un diagnostic parfois embarrassant. Il importe d'abord de distinguer la simple immoralité des perversions, quelles qu'elles soient, bien qu'à notre idée il n'y ait guère de limite précise entre le vice non pathologique et les perversions morbides. Il semble que l'on passe insensiblement des uns aux autres, les influences psychologiques (religieuses, éthiques, de l'entourage, du genre de vie, des lectures, de l'éducation, etc.) se combinant dans des proportions variables avec les

1. Laignel-Lavastine, Barbé, Delmas, *La Pratique psychiatrique*, 1919.

causes psychopathiques et donnant lieu à des états affectifs et volontaires où le pathologique semble associé à des degrés divers aux tendances morales normales. A notre avis, l'immoralité ne saurait pourtant rentrer dans les cadres de la pathologie.

Le diagnostic positif des perversions des dégénérés sera en général assez facile ; nous nous trouverons souvent en présence d'un débile, l'étude de son passé révélera des manifestations perverses à caractère récidivant, traduisant ainsi son degré d'intimidabilité ; la recherche des stigmates physiques et physiologiques, de l'état de déséquilibration mentale plus ou moins affirmé, pourra être de quelque utilité ; l'appréciation de l'affectivité, qui sera certes le point le plus délicat, car il faut compter avec l'hypocrisie, nous montrera un état d'indifférence totale aux douleurs d'autrui, une absence complète de conscience morale, une émotivité pervertie qui poussera le sujet à se réjouir des malheurs survenus et à les provoquer ; c'est toute la biographie du malade qu'il faudra établir, ce sont ses démarches, son activité, son genre de vie qui exprimeront de la façon la plus objective les caractères de sa vie affective.

L'expression et les réactions du sujet en présence de l'interrogateur ou dans le milieu hospitalier sont bien des points à noter mais à n'interpréter qu'avec une grande réserve.

Le diagnostic différentiel devra être fait avec les perversions des affections susceptibles d'atteindre la moralité des personnes. Elles sont innombrables, mais pour un grand nombre d'entre elles, le diagnostic se

fait aisément. Ainsi les perversions de la période médico-légale de la paralysie générale offrent des caractères d'inconscience frappants et de puérilité qu'explique le manque de logique dans le raisonnement. Le paralytique général satistait racontera avec bonhomie les exploits dont il s'est rendu coupable ; enfin la notion des antécédents, les erreurs grossières dans l'évaluation de sa fortune et de sa force physique, les violences commises dans le simple but de prouver sa puissance musculaire ne peuvent laisser de confusion. Les réactions immorales des déments organiques et séniles affectent aussi ces caractères d'imprévoyance et font contraste avec la vie passée du sujet. Sachons aussi reconnaître la fausseté d'accusations qui chez les séniles ne sont que le résultat d'erreurs, de défaillances de la mémoire, il suffira de vérifier, avant de conclure, l'état du fonds mental.

L'hypomaniaque pourra aussi, dans certaines circonstances, présenter des manifestations d'allure perverse ; nous savons pourtant que son agitation est en général inoffensive, mais n'oublions pas, qu'il peut, dans la mesure des possibilités que lui laisse sa conscience, utiliser son état d'excitation pour l'assouvissement de ses tendances vindicatives, jalouses ou même érotiques ; il espère ainsi l'impunité en profitant de l'irresponsabilité relative que lui confèrent ses troubles passagers. Il faut alors voir dans ces cas la part qui revient à l'immoralité habituelle du sujet en dehors de son état d'excitation et celle qui relève de son état de perversion constitutionnelle. Sachons aussi que parmi

le désordre involontaire des actes que produit l'excitation psychomotrice du maniaque et de l'hypomaniaque, il peut s'en trouver d'apparence perverse tels que violences, bris d'objets, injures, gestes obscènes, malpropétés, sputation, gâtisme volontaire, etc. Ces réactions sont à différencier des perversions réelles, elles sont accomplies dans un but de plaisanterie, dans le désir sans calcul de faire du bruit, d'attirer l'attention, d'être extravagant. « Il faut évidemment se garder de confondre avec l'exhibitionnisme les manifestations érotiques des malades agités, en particulier des maniaques qui découvrent leurs organes génitaux soit en manière de provocation sexuelle soit en manière de plaisanterie (1). » Rappelons-nous aussi que l'infanticide peut être l'effet de la manie chez une femme en suites de couches.

Sans parler des troubles psychomoteurs qui vont pouvoir affecter un caractère tragique au cours d'équivalents psychiques suivis d'amnésie, les épileptiques offrent des réactions anormales qu'il importe de reconnaître et de distinguer des perversions ordinaires. Nous connaissons bien le caractère de l'épileptique fait d'instabilité, d'impulsivité, d'inconscience plus ou moins profonde ; les voies de fait, les disputes répétées, les vols, les outrages aux mœurs, les évasions et les désertions sont des faits que l'on attribuera à l'épileptique à cause de leur cachet spécial. Les coups montés sont en général d'une préparation défectueuse, les conditions où se produisent les extravagances épileptiques nous

1. Rogues de Fursac, *Manuel de psychiatrie*, 1923.

apparaissent comme n'ayant pas dû être prévues : l'ingénuité et la puérilité sont manifestes, l'épileptique après coup s'étonne de ce qu'il a tenté.

Quand la notion de crises comitiales vient nous aider dans nos recherches, il est facile de rattacher les troubles du caractère et de la moralité à l'état épileptique du sujet.

Il est certain que même sans la constatation de crises comitiales, il est possible d'établir le diagnostic de comitialité chez un malade et cela en nous basant sur son aspect clinique, son obtusion, son hostilité, son absence d'autocritique et de contrôle, ses tendances impulsives et surtout son état psychique particulier avec ses lenteurs dans les associations, les lacunes de sa mémoire, sa pauvreté d'évocation, les difficultés de l'attention, son sens moral très émoussé.

Les manifestations perverses des hystériques doivent à notre avis rentrer dans le cadre des perversions instinctives constitutionnelles. Les empoisonnements, la mystification malicieuse, les dénonciations calomnieuses, les lettres anonymes, les infanticides, la mythomanie ont chez elles toutes les caractéristiques des faits analogues rencontrés chez les pervers instinctifs. Il faut pourtant dire que l'on constate ici un automatisme plus frappant qu'ailleurs ; il faut noter leur psychoplasticité spéciale et leur suggestibilité qui laissent s'organiser les syndromes morbides de la névrose. « L'œuvre de mythoplastie est le produit de la collaboration de l'imagination et de l'activité automatique du système nerveux ; cette œuvre est réalisée, souvent sous l'influence

de l'émotion, par la suggestion, et se traduit par des troubles fonctionnels que peut guérir la persuasion » (Babinski).

Les déments précoces se livrent à des manifestations perverses qu'il importe de rapporter à l'affection du sujet. A côté des impulsions soudaines, immédiates, conscientes, qui sont de véritables raptus et qui peuvent avoir les pires conséquences, nous assistons à la libération moins brutale de tendances perverses comme la prostitution chez la jeune fille, l'instabilité chez les adultes jeunes, entraînant aux désertions et aux fugues. Signalons la remarque que nous faisait récemment M. le docteur P. Courbon au sujet des perversions sexuelles apparues chez les jeunes filles au début des troubles hébéphrénocataloniques. Pour M. Courbon il n'est pas exceptionnel de noter dans ces circonstances une discordance manifeste entre l'érotisme mental et la frigidité réelle à l'approche de l'acte à accomplir. C'est « l'impudeur sans érotisme ». N'est-ce pas bien là encore un des aspects de cet état déconcertant des déments précoces qui exprime l'indifférence et l'apathie dans des circonstances qui normalement nous paraissent mériter assez d'intérêt. Les hébéphréniques vont donc aux perversions et à la dépravation avec un visage serein, un naturel inattendu qui doit attirer l'attention, une insouciance imperturbable des conséquences et une indifférence qui contraste singulièrement avec les risques courus.

Ajoutons à cela une certaine bizarrerie dans les propos et les attitudes, une tendance puéride aux explica-

tions et aux aphorismes philosophiques, enfin l'étude des antécédents et nous aurons pu reconstituer l'aspect de l'hébéphrénique à forme fruste, avec ses réactions étranges marquées d'indifférence, de discordance et d'inconscience.

Les faits plus ou moins graves commis sous l'influence des toxiques relèvent directement soit de l'état d'ivresse, soit de l'affaiblissement du discernement, dans les états de chronicité. Les réactions produites au cours de raptus panophobiques peuvent être d'une extrême gravité, mais en dehors de ces états d'ivresse et de délire, l'alcoolique se rend coupable de méfaits qui sont l'expression de son caractère violent, érotique et jaloux et de la démence qui inhibe les facultés modératrices. L'alcoolisme, symptôme par lui-même de déséquilibre psychique, entraîne loin ses adeptes ; il est le facteur essentiel de la criminalité sanglante, on le retrouve partout dans les milieux de prostituées et d'escrocs. Chez les toxicomanes, la suppression du sens moral se produit assez rapidement et laisse libre cours à toutes sortes de manifestations criminelles, délictueuses et immorales. Signalons le caractère d'irrésistibilité, que peuvent présenter certaines réactions survenant dans l'état de besoin ; les impulsions aux faux d'ordonnances, aux vols, aux violences et à la prostitution. Chez tous ces intoxiqués l'étude des antécédents, l'état de confusion mentale et même d'affaiblissement dementiel, les crises panophobiques, les efforts vers la recherche du toxique, l'état général defectueux et précaire nous mettront facilement sur la voie du diagnostic.

## CHAPITRE II

### L'ENCÉPHALITE EPIDÉMIQUE ET SES SEQUELLES

1. Les symptômes et l'évolution de l'encéphalite épidémique.
2. Les séquelles neurologiques.
3. Les séquelles psychopathiques.

#### I. — Les symptômes et l'évolution de l'encéphalite épidémique.

L'agent pathogène semble être un virus filtrant. M. Netter a établi la contagiosité de l'affection et fixe à 1 ou 2 mois la période d'incubation.

C'est au Docteur Cruchet que revient la priorité dans la communication des premiers cas d'encéphalite survenus pendant la guerre. Il vient de publier le recueil de ses 64 premières observations (1).

L'encéphalite est une maladie d'une extrême gravité, ses séquelles sont fréquentes, elles se rencontrent dans la majorité des cas. La maladie est grave par sa période aiguë qui peut tuer en quelques jours, grave par ses complications qui évoluent fréquemment vers un syn-

1. Cruchet, *L'encéphalite épidémique. Ses origines. Les 64 premières observations connues*, 1928.

drome de paralysie agitante ou encore vers la cachexie postencéphalitique ; les manifestations tardives par la diminution de la capacité physique et sociale qu'elles entraînent constituent des désordres d'une importance capitale dont le pronostic reste encore peu précis et qui ne se révélera que par l'observation ultérieure des cas que nous suivons depuis les années 1917 et 1918. Il semble que l'affection survienne en général à la suite d'épidémies de grippe ; faut-il voir là une parenté entre microbes et virus encéphalitique ou ne doit-on penser qu'à l'influence débilitante de l'infection grippale, préparant le terrain au virus. Le début peut se faire suivant diverses modalités. Parfois les signes constatés imposent d'emblée le diagnostic : on note de l'élévation thermique, de la somnolence, des troubles oculaires, de la céphalée ; parfois, au contraire, les manifestations sont assez frustes pour pouvoir passer inaperçues ou simuler un état grippal léger ; des formes ambulatoires peuvent se rencontrer, le sommeil fait défaut (1), le sujet peut vaquer à ses occupations et ne présente que quelques tendances au sommeil diurne. La « diversité clinique » de la maladie a été établie par différentes communications (2).

La phase aiguë de la maladie n'a pas de limites précises, il est difficile d'en déterminer la durée ; on la

1. Netter, *Faut-il conserver le nom d'encéphalite léthargique ?* Bulletin de l'Académie de Méd., 1920.

2. Roger, *Formes léthargique, myoclonique, choréoataxique, délirante, névralgique.* Marseille Médical, 1920 ; Chauffard, *L'Encéphalite épidémique*, Bul. de l'Ac. de Méd., 1920 ; Sicard, *Les Modalités de début de l'Encéphalite épidémique.* Ac. Méd., 1920.

quitte insensiblement pour passer dans l'état de chronicité, en traversant la convalescence, sans modifications marquées de l'état. On ne peut se guider sur la température, qui n'est, dans bien des cas, qu'un symptôme accessoire : ce sont les modifications dans l'évolution qui devient plus insidieuse, subit un ralentissement, une sorte de stabilisation, c'est la tendance à la fixation des signes, à leur persistance, à leur marche à bas bruit, qui marquent le passage à la chronicité et qui indiquent qu'on entre dans la période des reliquats et des séquelles.

Il semble assez juste de se représenter les choses comme s'il s'agissait d'une atteinte aiguë de méningite syphilitique qui se prolongerait sous la forme d'une syphilis nerveuse : il est certain qu'alors la démarcation entre la période aiguë et la période chronique serait affaire d'appréciation dans les caractères évolutifs des symptômes.

Donnons un aperçu des principaux signes neurologiques et généraux de la phase aiguë. Nous avons déjà parlé de la somnolence ; les troubles oculaires relèvent en général de paralysies du III. Ces paralysies sont variables, incomplètes et dissociées ; elles se traduisent par du ptosis, du strabisme divergent avec diplopie croisée, de la mydriase. Le IV peut être aussi touché et donner lieu à du strabisme convergent avec diplopie homonyme. L'inégalité pupillaire n'est pas rare ; les mouvements associés des globes oculaires peuvent être troublés. Le V, le VII et le XII peuvent être aussi atteints, donnant lieu aux troubles mastica-

teurs, aux troubles de l'expression du visage, à de la dysarthrie. On peut noter des monoplégies, des hémiplégies, des paraplégies, des paralysies localisées à type radiculaire dont le pronostic demeure bon.

Les phénomènes d'excitation apparaissent sous forme d'agitation, d'insomnie nocturne, de grincements de dents, de spasmes faciaux, de baillements, de convulsions. Le syndrome excitomoteur de P. Marie et Mlle Lévy peut déjà être constaté à cette période. On note du hoquet, des oscillations bradycinétiques, des tremblements plus ou moins généralisés. Ces phénomènes présentent des caractères rythmiques qui ont frappé les observateurs et une tendance à persister sous forme de séquelles. Des douleurs très vives surviennent parfois soit lancinantes soit continues ; névralgies, arthralgies. Signalons l'hypertonie qui avec le tremblement et les troubles de l'expression faciale formera une ébauche de parkinsonisme qui éventuellement s'accentuera plus tard.

Divers autres troubles neurologiques peuvent apparaître au cours de la période aiguë ; le malade éprouve une sensation de tête vide, s'accompagnant de titubation, la démarche peut être ébrieuse, saccadée, on note quelques phénomènes ataxiques, de la dysmétrie, des phénomènes cérébelleux, de l'asynergie, de l'adiadococinésie. Les troubles auditifs sont rares, il y a parfois de l'astéréognosie, parfois des signes labyrinthiques.

L'hypersialorrhée forme un phénomène curieux, du même ordre que la polyurie et l'hyperhydrose constatées aussi.

La fièvre peut être modérée, des troubles du rythme respiratoire et du pouls s'observent parfois.

« Les phénomènes de délire confusionnel et onirique, de délire aigu, de confusion mentale avec stupeur, et même des symptômes pseudo-korsakowiens ont été signalés par différents auteurs comme manifestations aiguës de l'encéphalite épidémique. » G. Petit (1) a eu l'occasion à plusieurs reprises de constater la reviviscence de ces symptômes aigus, se manifestant après des périodes de latence souvent fort prolongées et qui impriment à cette affection une allure chronique. Il estime qu'il existe là une forme prolongée de l'encéphalite et répartit les symptômes constatés en formes continues, formes oscillantes ou rémittentes et formes intermittentes ou périodiques.

Des réactions de nature perverse peuvent, au cours de la phase aiguë, apparaître brusquement : violences, fugues, vols...

L'examen du sang décèlera de l'hyperglycémie ; l'azotémie de la période aiguë aurait une valeur pronostique quant aux manifestations tardives de l'affection. Souvent on trouve de l'albumine dans les urines.

L'hyperglycorrachie est un signe presque constant, elle s'accompagne de lymphocytose.

La maladie dans sa phase aiguë peut tuer, par suite de troubles bulbaires, cardiaques, d'épuisement ou de complications, parotidites, phlébites, broncho-pneumonies.

1. G. Petit, *Les formes mentales prolongées de l'encéphalite épidémique*. Soc. méd. des Hôp., avril 1921.

*Anatomie pathologique à la phase aiguë.* — La topographie et l'aspect des lésions ont été trouvés par les différents observateurs sensiblement constants (Von Economo, P. Marie, Trétiakoff, Foix, Lhermitte, Achard). Ces lésions affectent la substance grise et touchent avec prédilection le mésocéphale, en particulier le pédoncule et la protubérance.

On sait l'importance donnée par M. P. Marie et Trétiakoff aux lésions du *locus niger*. Les lésions peuvent aussi toucher le bulbe, les noyaux gris centraux, le cortex et même la moelle.

« C'est une maladie à surprises et à reprises. »

Les myoclonies offrent un assez bon pronostic ; elles peuvent guérir en quelques mois ou un an, alors que les autres manifestations tardives persistent beaucoup plus longtemps, en particulier le syndrome parkinsonien qui constitue une menace grave et fréquente pour l'avenir des malades. Quiconque a observé la forme cachectisante de cette manifestation, sait combien le sujet peut devenir misérable et dans quelle déchéance atroce il s'achemine lentement vers la mort.

Différentes observations ont montré la possibilité de la contagiosité tardive de l'encéphalite, qui plaide en faveur de la persistance active et prolongée du virus dans les centres nerveux et dicte des mesures prophylactiques, même à la phase parkinsonienne. D'ailleurs le simple fait de la possibilité de l'éclosion tardive des troubles, de leurs modifications à des époques indéterminées nous fait penser à une affection évolutive et par suite nous incline à admettre la persistance du virus.

Mademoiselle Lévy a précisé de façon ferme, dans sa thèse de 1922, l'aspect des manifestations tardives de l'encéphalite épidémique (1).

Elle distingue le syndrome excitomoteur, le syndrome parkinsonien, diverses manifestations neurologiques, des troubles d'ordre général et des troubles mentaux durables.

Ces séquelles d'ordre neurologique et d'ordre général devront être recherchées chez tout sujet présentant sans cause apparente des troubles mentaux contrastant avec son genre de vie antérieure, en particulier lorsque les troubles présentés auront entraîné des réactions médico-légales, qu'il s'agira de déterminer le degré de responsabilité du sujet et l'opportunité d'une sanction pénale.

Ne nous laissons pas, d'autre part, influencer par l'absence de ces troubles et aller à conclure pour cette seule raison à la non-existence d'encéphalite antérieure : les troubles mentaux peuvent exister à l'état isolé comme manifestation tardive de l'encéphalite et, chez certains de nos post-encéphalitiques nous ne trouvons, à part les perversions instinctives acquises, aucune autre séquelle mentale ou physique.

L'aspect général que peuvent présenter ces troubles tardifs est ainsi formulé par Mlle Lévy : « Le syndrome parkinsonien est la manifestation tardive la plus fréquente. Le syndrome parkinsonien domine l'histoire des manifestations encéphalitiques tardives par sa fré-

1. Mlle Gabrielle Lévy, *Les manifestations tardives de l'encéphalite épidémique*. Paris, 1922.

quence d'emblée mais aussi par la possibilité de sa « reprise tardive ».

« Toute manifestation tardive quelconque, en évolution ou guérie en apparence, peut en quelques semaines, parfois après un an, insidieusement se métamorphoser en un syndrome parkinsonien progressif parfois même rapidement mortel... »

## II. — Les sequelles neurologiques.

### *Le Syndrome excitomoteur.*

Il est constitué par des mouvements choréïques, des bradycénésies, des myoclonies, dont le hoquet fait partie, et des tremblements isolés.

Les mouvements choréïques présentent un rythme caractéristique. Ils se manifestent par du mâchonnement, de l'instabilité motrice dans les moments de repos ; ces mouvements ne sont pas rares dans la plupart des encéphalites ; ou bien ce sont simplement de petits mouvements dans les membres, le cou, le tronc.

Il peuvent être synchrones d'un membre à l'autre symétrique, ou bien dimidiés. Ils sont en général augmentés par la fatigue, diminués par le repos, le décubitus et abolis par le sommeil.

Les bradycénésies sont des mouvements coordonnés, involontaires ; elles se localisent soit aux membres, produisant des mouvements de reptation, de torsion, de salutation, d'ondulation ; soit au tronc, rejet du tronc en arrière ; soit au cou. Ces mouvements s'ac-

compagnent souvent de douleurs et entraînent l'amai-grissement.

Les myoclonies sont des secousses musculaires d'assez grande amplitude, brusques, affectant un muscle ou un groupe de muscles, dont la région élective est la musculature abdomino-diaphragmatique, avec tendance à la généralisation et sans contractions fibrillaires.

Deux points sont à noter : absence de synergies normales et présence de synergies anormales. Leur fréquence est de 60 à 90 à la minute ; elles sont synchrones, involontaires, diminuées de fréquence par le sommeil, mais non toujours abolies. Ces myoclonies se localisent assez diversement dans les groupes musculaires de la jambe, de la cuisse ; ce sont parfois des hémimyoclonies ou des myoclonies symétriques ; elles peuvent porter sur un muscle isolé : deltoïde, biceps, triceps. On les constate aussi à la face, au cou. Le hoquet serait une myoclonie diaphragmatique, il affecte alors une forme grave durant nuit et jour.

Ces diverses manifestations, mouvements choréiques, bradycinésies et myoclonies peuvent se trouver associés chez un même malade.

Les tremblements isolés sont des tremblements qui se produisent par crises lors de la convalescence ou lors de fatigue, il est rare de les rencontrer à l'état de pureté, ils sont en général associés à des troubles parkinsoniens ou choréiques.

*Le Parkinsonisme.*

Le second groupe de symptômes neurologiques tardifs forme le syndrome parkinsonien postencéphalitique.

Il peut débiter soit par du tremblement, soit par de la raideur, soit par la lenteur des mouvements. Il semble assez fréquent de voir débiter le syndrome par de la salivation et des phénomènes à localisation cervico-faciale : raideur du cou, douleurs ou crampes cervicales, fixité du regard et de l'expression, troubles de la mastication.

La forme la plus fréquente est la forme généralisée avec ou sans tremblement. A la période d'état l'aspect du malade est celui d'un individu raide, lent et qui bave. Le visage est immobile ; on peut noter de l'asymétrie faciale avec hémihypertonie prédominante, l'inégalité pupillaire est souvent constatée, le rire et le pleurer spasmodique peuvent se produire, des spasmes dans les muscles du visage le rendent grimaçant à la moindre velléité de mobilisation. Le ptosis transitoire, les crises cloniques du globe et de la paupière supérieure, les contractions fasciculo-fibrillaires du muscle palpébral ont été notées avec une fréquence très variable.

L'attitude a été comparée à celle d'une statue ; les bras sont en général légèrement fléchis en avant de l'abdomen ; le phénomène curieux de la rétropulsion est parfois constatable objectivement, les malades se plaignent de se sentir « partir en arrière ».

La démarche présente des caractères intéressants :

elle peut faire apparaître le tremblement, parfois elle affecte le type de la marche dans la maladie de Parkinson, à petits pas ; il peut survenir de l'asthasie-abasie. M. Souques étudiant les mouvements automatiques a insisté sur la perte de l'harmonie motrice. Le phénomène de la kinésie paradoxale a été signalé par de nombreux auteurs. La principale gravité de la maladie réside dans les troubles des mouvements actifs qui sont caractérisés par la *lenteur, le tremblement, la raideur, la persévération dans les attitudes*. A leur degré maximum ces troubles conduisent à l'impossibilité de tous mouvements, le malade, vraie momie, évolue alors vers la cachexie.

L'ergographe montre l'épuisement rapide de la force musculaire. La micrographie que l'on constate parfois est-elle un fait du même ordre ? Cela est possible (1).

L'étude des mouvements passifs révèle la contraction des muscles qui entraîne le phénomène de la « roue dentée » ; les phénomènes cérébelleux sont absents, le vertige et la latéropulsion s'expliquent par des troubles labyrinthiques.

Signalons les troubles akathisiques ou besoin permanent des malades de se mouvoir.

Un des signes les plus fréquemment rencontrés est la diplopie. Il est rare qu'un sujet atteint d'encéphalite n'ait pas présenté à un moment donné des phénomènes de diplopie plus ou moins prolongée. Cette diplopie qui s'oppose à celle de la période aiguë causée par la

1. Froment, *De la micrographie dans les états parkinsoniens et des conditions de la modifier. Rev. Neural.*, 1921.

paralysie des muscles extrinsèques est due à un trouble des mouvements associés des yeux. Le nystagmus peut être spontané ou provoqué.

Parmi les troubles vaso-moteurs, signalons les bouffées de chaleur sans élévation thermique réelle, les phénomènes de vaso-dilatation périphérique ; parmi les troubles sécrétoires, les crises de sudation, l'hyper-sialorrhée qui serait selon M. Netter un mode d'élimination du virus, les manifestations séborrhéiques.

Les troubles trophiques ne surviennent guère que dans la forme cachectisante : arthrites, atrophie musculaire générale ou localisée, escarres.

La parole est lente ; elle exprime la bradyphrénie (1) du sujet. Elle est explosive, monotone, elle n'est pas dysarthrique. On note parfois le phénomène de la tachyphémie paroxystique (2) et la palilalie.

Signalons aussi les phases intermittentes de mutisme qui expriment la paresse du malade à parler.

Comme manifestation mentale propre au syndrome parkinsonien il semble bien que l'on puisse accepter la bradyphrénie constamment notée et qui est évidemment à rapprocher de la viscosité mentale épileptique.

Le syndrome parkinsonien postencéphalitique ressemble sans doute à la maladie de Parkinson classique, pourtant des points essentiels les distinguent :

1. Naville, *Encéphale*, 1922.

2. Claude, *Paris Médical*, 1920. Quelques particularités de l'état mental dans les syndromes parkinsoniens. *Rev. Neurologique*, 1921 ; Claude et Brousseau, *troubles mentaux d'origine encéphalitique à début confusionnel avec palilalie et tachyphémie*. *Bul. de la S. C. M. M.*, 1922.

1° La rigidité prédomine sur le tremblement. Signa-  
lons que le « signe de l'émiettement » est rare ;

2° Le début se fait par la région cervico-faciale ;

3° La salivation, fréquente à la période du début ;

4° Il est curieux de rencontrer des signes pour ainsi  
dire inverses chez les uns et chez les autres ; la rétro-  
pulsion dans un cas et l'antepulsion dans l'autre.

Les myoclonies, les bradycénésies, les mouvements  
choréiques sont absents dans la maladie de Parkinson.  
Celle-ci d'autre part survient en général après la qua-  
rantaine ; la jeunesse relative du malade orientera donc  
vers le diagnostic d'encéphalite épidémique chronique.

#### *Quelques manifestations neurologiques générales et spéciales.*

Mlle Lévy donne l'observation d'une fillette de 12 ans  
atteinte de plicature répondant à tous les caractères du  
spasme de torsion. M. Beriel en avait signalé un cas  
en 1912. M. Mourgue en constate un autre la même  
année.

MM. Szumlanski et Courtois ont présenté à la Société  
Clinique de Médecine mentale en 1927 un malade post-  
encéphalitique ayant eu un accès de délire coléreux  
avec injures, menaces de mort contre sa mère, tenta-  
tives de suicide qui l'amènèrent à l'Asile. Il était  
atteint de parkinsonisme avec spasme de torsion.

La réalité de l'épilepsie postencéphalitique est  
actuellement bien établie grâce aux observations des  
médecins de Sainte-Anne. MM. Roubinovitch, Schiff et

Courtois ont encore présenté en mars 1928 un jeune homme chez qui 3 ans après une atteinte aiguë d'encéphalite sont apparues des crises comitiales caractéristiques avec chute, perte de connaissance, morsure de la langue.

Courtois, dans sa thèse (1), a étudié les rapports de l'épilepsie et du parkinsonisme et a mis en relief le syndrome neuropsychiatrique de l'épilepsie striée et ses relations avec l'encéphalite épidémique et le parkinsonisme.

Les paralysies, hémiplégies ou paraplégies sont exceptionnelles ; des phénomènes douloureux, algies, hyperesthésies, endolorissements d'origine périphérique ou centrale peuvent survenir ainsi que des sensations bizarres qui sont d'ordre psycho-sensoriels.

Parmi les phénomènes généraux les plus importants sont les phénomènes respiratoires. Ils ont été étudiés par M. P. Marie et Mlle Lévy, et furent l'objet d'une communication importante de M. Gilbert-Robin à la Société Clinique de Médecine mentale en novembre 1922. Leur diversité est telle qu'elle a suscité à plusieurs reprises l'hypothèse de phénomènes pithiatiques. Bien qu'à notre avis, l'hystérie puisse être postencéphalitique, il ne semble pas que dans ces cas elle soit en cause. Ces troubles sont, certes, influençables par la volonté ; il serait assez juste de les rapprocher des troubles des mouvements automatiques signalés plus haut, mais les phénomènes d'oppression véritable manifestent évidemment des troubles bulbaires.

1. Courtois, *Le Syndrome comitio-parkinsonien*. Paris, 1928

Des troubles thermiques ont été constatés, indiquant une perturbation dans le système régulateur thermique : inversion du rythme thermique, fièvre intermittente, ascension *post mortem*, hyperthermie durable.

Disons pour terminer, que des troubles curieux de la nutrition générale peuvent apparaître : des cas d'obésité (1), des syndromes adiposogénitiaux, du diabète insipide, de la glycosurie surviennent à des périodes plus ou moins éloignées de l'épisode de début.

Mentionnons que chez quelques-uns de nos postencéphalitiques, l'affection s'étant produite avant la chute de la première dentition, nous avons noté l'absence de la seconde dentition, les premières dents persistent mais dans un état si défectueux qu'elles permettent à peine une légère mastication.

L'examen du liquide céphalo-rachidien à la période tardive révèle en général une légère albuminose ; l'hyperglycorrhachie est assez constante et devra en cas de doute orienter vers le diagnostic d'encéphalite épidémique ; le nombre des lymphocytes recherché à la cellule de Nageotte est normal ; la réaction du Benjoin colloïdale négative. Le réflexe oculo-cardiaque habituellement normal est parfois exagéré, parfois inversé ou nul.

### *Diagnostic.*

Il suffit de songer aux erreurs possibles pour éviter en général de les commettre.

1. Nobécourt, *L'Obésité dans l'encéphalite épidémique*. Bulletin et Mémoires de la Soc. Méd. des Hôp., 1921.

Les renseignements pris auprès de la famille sur la période aiguë nous permettront d'éliminer les reliquats des méningites aiguës. La ponction lombaire aidera au diagnostic. Enfin la débilité intellectuelle, l'idiotie, la démence, fréquentes chez les anciens méningitiques sont rares chez les postencéphalitiques. « Les troubles psychiques liés aux méningites s'attaquent à l'intelligence, ceux liés à l'encéphalite épidémique au caractère (1). »

Les encéphalopathies aiguës laissent des lésions macroscopiques, alors qu'elles sont discrètes dans l'encéphalite épidémique. Celle-ci se distingue nettement du syndrome de Little, du syndrome pseudobulbaire, de l'hémiplégie cérébrale infantile, des convulsions. Les phénomènes mentaux sont nettement différents ; agitation psycho-motrice et bradyphrénie chez les enfants post-encéphalitiques, imbecillité chez les autres.

Le diagnostic des mouvements choréiques peut présenter certaines difficultés : l'atteinte antérieure de rhumatisme articalaire, la présence de l'endocardite, dans la chorée, sont des signes très discutables. Les mouvements choréiques de l'encéphalite n'affectent pas toujours le type rythmé caractéristique que nous avons signalé. Les troubles mentaux bien spéciaux de l'encéphalite épidémique chronique aideront au diagnostic.

D'ailleurs les mouvements choréiques ne seront bien souvent qu'un symptôme dans le syndrome.

Le diagnostic est à peine à faire avec les maladies infectieuses graves telles que la fièvre typhoïde. Les

1. Gilbert-Robin, *loc. cit.*

complications de celle-ci laissent des séquelles bien différentes. Les troubles mentaux postdothiéntériques sont passagers ou s'ils persistent c'est qu'ils sont survenus chez un prédisposé ; il s'agit alors de phénomènes de confusion sans troubles du caractère.

### III. — Les séquelles psychopathiques.

Nous ne ferons pas l'historique de la question des troubles mentaux postencéphalitiques ; nous aurons l'occasion au cours de notre étude de citer les auteurs qui ont observé et décrit ces troubles et qui, à notre avis, leur ont accordé l'importance et l'intérêt qu'il convient. Le Docteur Cruchet dans sa communication de 1917 signalait déjà la fréquence des troubles psychiques chez les malades qu'il venait d'observer pour la première fois. C'est la communication de Mouriquand et Samerot à la Société Médicale des Hôpitaux, le 4 juillet 1919, qui, pour la première fois mentionne les perversions morales post-encéphalitiques. Ces auteurs rapportèrent l'observation d'un malade de 50 ans qui présentait des troubles comparables à ceux de la période médico-légale de la Paralyse générale. Peu de temps après Bosc (1) mettait en relief les actes de violence commis par les postencéphalitiques. Puis M. Briand (2) en novembre 1921 exposa ses idées sur « les troubles mentaux de l'encéphalite épidémique au point de vue mé-

1. Bosc, *Les Actes d'agression brutale chez les encéphalitiques* 7 mai 1920.

2. Briand, Ac. de méd.

dico-légal ». Il les répartit en deux groupes : ceux de la période de début, contemporains des phénomènes de délire, d'hallucination, de confusion, d'onirisme et ceux de la période tardive survenant au cours des séquelles psychopathiques.

C'est, à notre avis, souvent au cours de la convalescence que l'on s'aperçoit des modifications survenues dans le psychisme des malades. Parfois un intervalle non-troublé peut persister plusieurs mois et même davantage. Nous avons observé des cas où les troubles psychiques avaient précédé les troubles physiques. MM. Marchand et Courtois (1) ont vu une jeune fille de 16 ans atteinte d'un hémisyndrome parkinsonien avec faciès figé, salivation, tremblement, signe de la roue dentée, troubles vaso-moteurs, vivacité des réflexes et troubles respiratoires chez qui le début s'était annoncé à 7 ans par des troubles du sens moral : mendicité, vols, accusations calomnieuses contre sa mère. A 11 ans seulement le syndrome parkinsonien s'est installé progressivement tandis que les troubles de la moralité disparaissaient et que les progrès scolaires se faisaient à nouveau normalement.

Le contraire s'est produit chez une malade de Robin : Joséphine D... chez qui les troubles du caractère apparurent au moment précis où les signes physiques disparaissaient.

Pour MM. Truelle et Petit (2) « le malade adulte présente une allure psychopathique générale marquée par

1. Marchand et Courtois, *Société de psychiatrie*, nov. 1927.

2. Truelle et Petit, *Les troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique*. Congrès de Quimper, 1922.

des troubles de l'humeur et du caractère, des idées délirantes polymorphes, une excitation psychomotrice plus ou moins intense, surtout nocturne, du semimutisme, de la somnolence ou de la stupeur, de la catatonie. »

« On peut voir survenir des syndromes dépressifs, des syndromes hébéphréno-catatoniques se mêlant ou non au syndrome parkinsonien et qui ont fait discuter la possibilité d'une véritable démence précoce secondaire à l'encéphalite épidémique. »

Mlle Levy dont le travail a surtout porté sur les manifestations neurologiques n'a cependant pas négligé de faire sur les malades observés des constatations d'ordre psychologique. Elle note : « Au cours du syndrome parkinsonien la lenteur des mouvements et de l'idéation, la tendance aux attitudes catatoniques, l'indifférence affective apparente font partie de l'allure clinique de la maladie (bradyphrénie) »...

« On note souvent une perte de l'attention qui devient impossible à fixer. Les troubles du sommeil sont caractéristiques, retard de l'heure du sommeil, agitation du sommeil nocturne, inversion du rythme du sommeil avec agitation psychomotrice vespérale, le sommeil et la somnolence diurnes. »

« Chez l'enfant : syndrome insomnique et hypomaniaque ; agitation nocturne ou à recrudescence vespérale à heure fixe avec insomnie. Troubles du caractère : ils deviennent méchants, menteurs, querelleurs, fuyeurs. Préoccupations sexuelles et érotiques anormales, phénomènes de masturbation. Tics respiratoires. »

A côté des phénomènes akathisiques, Mlle Lévy mentionne des sensations anormales diffuses ou localisées ; les malades ont une impression de fatigue continuelle, de faim, de soif, de manque d'air ou encore d'obstruction nasale, de démangeaison, de striction laryngo-pharyngée.

« C'est la dissociation des éléments supérieurs et inférieurs des émotions et de la volonté, ces changements de la personnalité, du caractère, qui sont tout aussi caractéristiques pour la mentalité de ces malades que la dissociation des mouvements volontaires et des mouvements automatisés, la dissociation dans le fonctionnement des sens et du système végétatif que nous appelons parkinsonisme (1). »

Nous proposerons de répartir les diverses manifestations tardives de l'encéphalite épidémique de la façon suivante, qui tient compte, et de leur fréquence, et de leur persistance, et de la gravité de leurs conséquences :

1. Etats de confusion, onirisme, syndromes hébéphréniques ;

2. Etat d'agitation psycho-motrice ;

3. Troubles du sommeil ;

4. Troubles de la volonté : impulsivité, suggestibilité, conservation des attitudes, obsessions-impulsions, tics ;

5. Troubles des facultés intellectuelles :

Asthénie ;

Bradyphrénie ;

Troubles de la mémoire de fixation et de l'attention ;

Affaiblissement du contrôle des actes ;

6. Arriération pédagogique ;

7. Absences et vertiges ;

8. Enfin le groupe le plus important constitué par les *troubles du caractère* où nous ferons rentrer : les états de dépression et le suicide — le pithiatisme — l'hyperémotivité et le déséquilibre affectif, les tendances cyclothymiques, les *perversions morales et instinctives*.

Signalons ici la thèse importante de Gilbert Robin sur les troubles mentaux dans les formes prolongées de l'encéphalite épidémique chez l'enfant. L'auteur étudie d'une façon précise les manifestations qu'il a remarquées chez ses malades et nous aurons fréquemment l'occasion d'exposer ses constatations. Son étude a porté principalement sur 15 observations d'enfants de 7 à 15 ans, filles et garçons qu'il a pu suivre à la colonie de Vaucluse, à Bicêtre et à la fondation Vallée. Il a eu des vues très justes au sujet des troubles du caractère chez ces enfants postencéphalitiques et cette psychologie pathologique qu'il observait en 1922 ne semble guère s'être modifiée à en juger par les troubles présentés encore actuellement chez des malades vus dernièrement par nous à Vaucluse et dont les observations figurent dans sa thèse de 1923.

*Etats de confusion, onirisme,  
syndromes hébéphréniques.*

Les symptômes de confusion, d'onirisme et les troubles psychosensoriels sont les signes psychiques par excellence de la période aiguë. Ils expriment l'état de toxi-infection du malade : nous les rencontrons pourtant à des périodes plus ou moins éloignées du début de l'affection, mais chez la plupart des malades que nous avons observés, ils s'atténuent de plus en plus pour disparaître entièrement, au bout de quelques années parfois.

Nous inclinons à croire que même aux époques tardives ils sont la traduction d'une évolution du virus encéphalitique. « La forme confusionnelle est essentiellement caractéristique de la période aiguë de la maladie et des réviviscences possibles de l'infection. » (Branche.)

Quand aux syndromes hébéphréniques, ils sont fréquents à la période du début, conditionnés alors aussi par l'état confusionnel toxi-infectieux, mais tardivement ils acquièrent une plus grande stabilité, une persistance qui a fait poser le diagnostic différentiel de la démence précoce. En effet on constate alors parfois des idées délirantes à forme dépressive le plus souvent, mais souvent polymorphes, variables, une certaine puerilité dans la mentalité ; une attitude indifférente, des troubles catatoniques car il s'agit toujours de parkinsoniens, des impulsions, des troubles de la moralité, des périodes de mutisme et de la discordance. Ces phénomènes avaient déjà été rapprochés de la démence pré-

cocce en 1920. Le Dr Logre présentait en effet en juin 1920 à la Société de Psychiatrie deux cas d'encéphalite léthargique avec syndrome psychique ressemblant au syndrome hébéphrénocatatonique. L'ensemble des troubles stimulait assez bien le syndrome hébéphrénocatatonique pour susciter de sérieuses difficultés diagnostiques et pronostiques mais l'évolution se fit vers une apparence de guérison complète physique et psychique.

En 1923, Padeano (1) faisait porter le sujet de sa thèse sur le syndrome hébéphrénocatatonique dans l'encéphalite épidémique et il décrivait les points essentiels qui devaient le séparer de la démence précoce, en particulier l'évolution limitée dans le premier cas, progressive dans le deuxième. Il admettait malgré tout qu'une démence précoce hébéphrénocatatonique pouvait exceptionnellement résulter d'une atteinte d'encéphalite épidémique.

M. Briand, en janvier 1920, communiquait à la Société médico psychologique ses observations sur la fréquence des formes délirantes hallucinatoires à grands fracas de l'encéphalite épidémique; les malades anxieux confus, agités et violents ressemblaient par leurs hallucinations zoopsiques et leur onirisme ambulatoire aux alcooliques subaigus.

Gilbert Robin considère que les manifestations oniriques fréquentes au début peuvent persister tardivement, mais qu'alors l'onirisme diurne est exceptionnel. Le malade D. P..., qu'il a observé en 1922 et que nous

1. Padeano. Thèse de Paris, 1923.

avons revu (obs. XXI) présentait encore deux ans après l'atteinte aiguë un sommeil irrégulier chaque nuit et des frayeurs qui le faisaient se lever du lit.

A notre avis, il est assez fréquent de rencontrer chez les parkinsoniens postencéphalitiques à la période tardive des manifestations rappelant la démence précoce mais qu'on ne peut désigner que sous le terme de syndromes hétérophréno-catatoniques car s'ils imitent la démence précoce, ils sont loin de s'identifier avec elle, la simple étude du fonds mental révélera des différences catégoriques, il n'y a guère que les apparences qui se ressemblent et encore l'imitation est défectueuse. La conservation des attitudes du parkinsonien postencéphalitique n'est pas comparable à la catatonie du dément précoce, elle est passagère, se produit au cours d'un geste ébauché qui s'achève d'ailleurs par la suite. Quant à l'attitude soudée, elle n'est pas de la catatonie; les idées délirantes se produisent surtout par bouffées, elles n'ont pas l'incohérence du délire polymorphe du dément précoce, on ne rencontre pas la bizarrerie des attitudes et des conceptions, la fantaisie et l'inattendu des réactions de la démence précoce. Le parkinsonien reste davantage dans le cadre de la normale, il donne moins dans le domaine de l'extravagance, jamais on ne trouvera les stéréotypies et le négativisme, enfin les impulsions et les réactions perverses peuvent s'expliquer, on leur trouve une raison soit qu'il y ait ressentiment soit qu'il y ait dépravation des goûts. Nous verrons d'autre part que même chez les parkinsoniens postencéphalitiques, l'affectivité n'est en rien comparable à celle du dément

précoce bien que les difficultés de son expression puissent donner l'apparence d'une similitude.

MM Heuyer et Le Guillan (1) ont présenté un malade ayant commis à la suite d'une atteinte d'encéphalite une série de vols et qui manifesta un syndrome d'automatisme mental avec hallucinations auditives, idées de transmission de la pensée, troubles cénesthésiques, hallucinations visuelles, mais sans idées de persécution. Il faut dire aussi que ce malade avait antérieurement à son encéphalite fait preuve d'une certaine fragilité morale.

*Etats d'agitation psychomotrice ou hypomaniaque.*

Cé syndrome surtout fréquent chez l'enfant a été noté par différents auteurs dès la constatation des troubles psychiques tardifs de l'encéphalite épidémique. Briand et Rouquier (2) avaient décrit dans les formes mentales de l'encéphalite épidémique un syndrome hypomaniaque alors que déjà parmi les manifestations motrices ils remarquaient des faits d'ordre pithiatique. En avril, 1921, MM. Briand et Porcher présentaient encore un cas d'excitation psychomotrice et de troubles du caractère postencéphalitiques chez une fillette. Calme relatif dans la journée, turbulence le soir, crise d'excitation la nuit avec terreurs. G. Robin a noté cette excitation d'une manière presque constante chez ses enfants. Elle est vespérale ou diurne. Vespérale, elle débute vers

1. Heuyer et Le Guillan, Soc. de psychiatrie, déc. 1928.

2. Briand et Rouquier, Congrès des aliénistes et neurologistes, Strasbourg, 1920.

6 heures du soir. Alors se produit un besoin impérieux de mouvement, l'enfant court, brise, fait des grimaces, déchire, crache. Les tics s'exagèrent, il y a logorrhée et cris. Diurne, l'instabilité motrice est calquée sur l'instabilité psychique. Dans la plupart des observations l'irritabilité, l'affaiblissement du sens moral, le caractère impulsif des actes, la rapidité anormale des réactions font penser à l'hypomanie. Cependant l'agitation qui caractérise ce syndrome ne se manifeste que par crises passagères et le plus souvent vespérales et nocturnes. Pendant la journée, l'instabilité ne traduit guère que l'exagération morbide des tendances normales de l'enfant.

En dehors des paroxysmes d'agitation, l'examen intellectuel ne permet pas de déceler outre la mobilité de l'attention, les troubles de l'association des idées et du jugement qui caractérisent l'hypomaniac.

Chez l'adolescent et l'adulte on constate un état de turbulence, d'instabilité intempestive, parfois permanent, parfois intermittent ; des crises d'excitation plus ou moins violentes surviennent à intervalles variables mais sont alors subordonnées à des états d'irritabilité et à des troubles de l'humeur.

### *Troubles du sommeil.*

Fréquents surtout au début de la maladie, les troubles du sommeil vont en s'atténuant peu à peu. Dans la phase aiguë l'hypersomnie est de règle, sans malgré tout être absolument constante; parfois il y a

inversion du rythme du sommeil avec agrypnie nocturne et sommeil diurne. A mesure que la maladie évolue, le sommeil nocturne disparaît, l'agitation et les cauchemars nocturnes peuvent persister assez longtemps, il y a compensation diurne en général et elle s'exprime par des crises de somnolence survenant par intermittences. Des phénomènes curieux ont été constatés tels que l'exemple de ce malade parkinsonien absolument impotent dans la journée et qui, la nuit, manifestait une agitation menaçante pour l'entourage (1).

#### *Troubles de la volonté.*

Nous avons noté chez un grand nombre de malades une suggestibilité plus ou moins marquée ; beaucoup d'entre eux se laissent entraîner facilement par des camarades : les parents et les personnes de l'entourage des malades nous l'ont signalée, déclarant qu'ils hésitaient souvent à laisser sortir seuls les sujets alors qu'il n'en était pas ainsi avant la maladie. Ceux-ci ne critiquent guère les suggestions qu'on leur propose, ils ont un certain degré d'approbativité. Cette suggestibilité est certaine, l'entraînement facile aux perversions le prouve, mais elle n'est pourtant pas comparable à celle des déments précoces. Parmi les troubles de la volonté, nous faisons rentrer les phénomènes de conservation des attitudes des parkinsoniens qui semblent correspondre à une sorte d'éclipse de la volition : le malade s'arrête au cours d'un geste ébauché, puis, après

1. H. Colin, S. C. M. M., déc. 1922.

quelques minutes il l'achève, mais il n'y a pas conservation des attitudes provoquées comme chez les déments précoces. Les troubles des mouvements automatiques et de la pensée spontanée affectent aussi l'état volontaire du parkinsonien qui est obligé de « *vouloir son automatisme* ».

Nous faisons rentrer dans ce cadre les obsessions-impulsions qui ont été constatées par divers auteurs (1), les tics qui consistent en claquement de la langue, en sputation, en claquement des doigts, en sifflement, en onycophagie et qui sont à rapprocher des obsessions-impulsions.

Signalons l'impulsivité dont nous reparlerons au sujet des perversions.

### *Troubles des facultés intellectuelles.*

Ce qui frappe au premier abord c'est l'état d'asthénie intellectuelle des malades. Le professeur Claude l'avait déjà notée dès 1920 (2). Les malades sont en général incapables d'un travail intellectuel un peu prolongé, la distraction survient rapidement. Chez les parkinsoniens, le ralentissement psychique est constant, c'est la bradyphrénie de Naville (3). La pensée spontanée est endormie, elle n'a plus le tonus nécessaire à son flux

1. Laignel-Lavastine et Morlaas, *Perversions instinctives chez un impulsif obsédé myotonique avec parkinsonisme postencéphalitique*. Société de psychiatrie, nov. 1926; II. Claude, Baruk, Lamache, *Obsessions, impulsions consécutives à l'encéphalite épidémique*. Soc. de Psych., 1927.

2. H. Claude, *Paris Médical*, 1920.

3. Naville, *Encéphale*.

naturel. Darré (1) a fait une étude de cet état mental des parkinsoniens postencéphalitiques. Il a noté le retard du « démarrage » dans l'écriture et il décrit un état de démence particulier, rare d'ailleurs, qu'il distingue de la démence précoce et qu'il appelle « démence parkinsonienne postencéphalitique ». L'asthénie, la turbulence, les troubles de l'attention, et les quelques défaillances de la mémoire de fixation favorisent évidemment l'arrêt des acquisitions chez ces malades, arrêt qui peut en imposer à un examen superficiel, pour de la débilité vraie.

Signalons ici l'affaiblissement du contrôle des actes qui va donner libre cours aux impulsions et qui relève à notre avis de l'état d'asthénie psychique, mais parfois aussi d'un certain degré d'obnubilation.

### *Arriération pédagogique.*

En général, l'intelligence est peu touchée chez nos malades. Plus la maladie a frappé le sujet précocement, plus il semble qu'elle soit capable de véritables états d'arriération mentale. Chez l'enfant et l'adolescent, ce que l'on constate surtout c'est l'arriération scolaire et pédagogique. Mais il semble que chez les prédisposés avec stigmates dégénératifs ou tares familiales, des états de débilité mentale surviennent avec prédilection. Le puérilisme est aussi fréquent ; malgré ce puérilisme les malades manifestent parfois un jugement très sain et beaucoup d'à-propos.

. Darré , Thèse de Lyon, 1928.

### *Absences et vertiges.*

On constate parfois chez les malades des absences et des vertiges au cours desquels le malade demeure hébété, parfois aussi un état de légère obnubilation, qui persiste et projette comme un voile sur l'ensemble des facultés. Ces vertiges et ces absences ont attiré l'attention de Gilbert Robin qui craint de voir l'état confusionnel devenir chronique.

Si l'on peut rapprocher ces phénomènes de leurs équivalents chez les épileptiques, il faut reconnaître que les postencéphalitiques s'en tirent à bon compte, en comparaison des comitiaux, dont l'intelligence s'obnubilait de plus en plus.

### *Troubles du caractère.*

Ce sont eux qui sont les plus importants, la plupart des auteurs l'ont affirmé, le professeur Euzières a noté leur extrême fréquence en comparaison des autres troubles. Les états de dépression ont été mis en valeur par de nombreuses publications, nous les examinerons à propos des tentatives de suicide. Les manifestations d'allure pithiatique sont fréquentes et rentrent dans le cadre des perversions ; le pithiatisme survient chez des prédisposés à l'occasion de l'atteinte d'encéphalite. Les tendances cyclothymiques sont faciles à mettre en évidence chez la plupart des malades. Enfin les *perversions morales et instinctives* sont à l'origine des innombrables réactions médico-légales et antisociales des

postencéphaliques ; elles constituent, parmi les troubles tardifs, la manifestation la plus courante de la maladie ; elles sont certainement avec le parkinsonisme la complication la plus sérieuse ; ce sont elles qui ont spécialement retenu notre attention.

## CHAPITRE III

### LES PERVERSIONS MORALES POSTENCÉPHALITQUES (Observations).

1. Instabilité et fugues.
2. Irritabilité morbide, violences, tentatives de suicide, actes impulsifs.
3. Vols, mendicité, grivèlerie.
4. Indiscipline et rébellion.
5. Mensonges et mythomanie.
6. Perversions sexuelles et attentats aux mœurs.

Nos observations montrent la fréquence extrême dans les séquelles psychopathiques postencéphalitiques des troubles de l'humeur et du caractère. Dans la plupart des cas nous avons affaire à des sujets irritables, susceptibles et impulsifs chez qui le sens des convenances est très atténué. Ces modifications des inclinations vont être l'origine des diverses réactions perverses que nous avons constatées. Les principaux troubles survenus dans les tendances et la conduite peuvent être répartis schématiquement dans les groupes suivants :

1<sup>o</sup> Instabilité et fugues ;

2<sup>o</sup> Irritabilité morbide, violences, tentatives de suicide, actes impulsifs ;

3° Vols, mendicité, grivèlerie ;

4° Indiscipline et rébellion ;

5° Mensonges et mythomanie ;

6° Perversions sexuelles et attentats aux mœurs.

On ne peut guère décrire des manifestations isolées chez un même sujet. Les perversions que nous avons rencontrées étaient toujours complexes ; nous n'avons pas eu connaissance, par exemple, de postencéphalitiques purement voleurs ou purement menteurs, sans adjonctions d'autres phénomènes pervers.

Par contre, certaines associations nous ont paru fréquentes chez nos postencéphalitiques parkinsoniens ou non. Ainsi l'instabilité morale entraîne souvent les fugues, les désertions, les évasions, et nous la voyons s'accompagner de réactions telles que le vagabondage, les vols, la mendicité. Le caractère taquin et importun des malades est fréquemment associé à une susceptibilité et à une agressivité caractéristiques ; ces tendances vont habituellement de pair avec les propos, les gestes grossiers et les violences. Les vols, la filouterie, la mendicité, la paresse, l'ivrognerie sont des perversions qui ont une certaine affinité réciproque et que l'on trouve souvent réunis en totalité ou en partie. D'autre part, des manifestations telles que l'« impulsivité, le déséquilibre affectif, le caractère importun, la paresse sont des faits que nous avons constatés d'une façon quasi constante chez nos malades à quelque groupe qu'ils appartiennent.

Nous classerons donc nos observations d'après l'énumération des groupes signalés précédemment. Ce clas-

sement est basé sur la présence des *caractères pervers dominants* dans chaque cas observé ; à ces caractères dominants s'ajouteront en général d'autres manifestations correspondant aux groupes voisins et constituant pour ainsi dire des phénomènes accessoires. Par exemple un malade dont le caractère essentiel sera d'être instable, déserteur, évadeur et qui manifestera accidentellement des tendances érotiques sera rangé dans le groupe des perversions intitulé « Instabilité et fugues ».

### 1<sup>o</sup> Instabilité et Fugues.

#### OBSERVATION I

M. G..., entre à 19 ans à l'asile de Vaucluse le 11 juin 1928 venant de Sainte-Anne où il était depuis août 1927, avec le certificat suivant du Dr Schiff : ce malade est atteint d'un déséquilibre psychique constitutionnel avec forte aggravation, troubles du caractère très accentués à la suite d'une encéphalite épidémique. Au point de vue neurologique présente un syndrome parkinsonien postencéphalitique avec faciès figé, salivation, voix sans timbre, perte des mouvements automatiques, tremblements surtout accentués à la main et à la jambe gauches, hypertonie de posture, secousses myocloniques du membre inférieur. Paresse de la convergence et de l'accommodation oculaires. Incapacité de travail depuis plusieurs mois : caractère constitutionnellement instable et difficile, avec aggravation postencéphalitique nette. Irritabilité morbide avec crises de colères et violences contre sa famille et contre le personnel infirmier, contre ses voisins, cons-

science de ses troubles, conscience de son inadaptabilité sociale outre son incapacité motrice. Ses discussions avec les voyageurs lui ont rendu impossible l'exercice de sa profession de receveur à la T. C. R. P. Traité au datura, ce malade a montré une sédation nette des troubles moteurs sans diminution de l'instabilité qui a tendance à augmenter. L'état mental de ce malade le rend incapable de pourvoir à ses besoins et l'empêche également d'être admis dans un hospice d'incurables. Dans ces conditions, j'estime que ce malade doit être placé dans un asile spécial.

N'a jamais connu son père, mort de peu de temps après sa naissance — mère remariée — une sœur bien portante. Aucune maladie grave avant 13 ans.

Vers l'âge de 13 ans présente une tendance irrésistible à la somnolence que l'on doit interpréter aujourd'hui, à cause des troubles actuels, dans le sens d'une manifestation fruste d'encéphalite. Le malade s'endort en effet dans le métro, manque régulièrement sa station, sommeille chez lui dans la journée. Un autre signe consiste en une hypersyalloorrhée notable dont le malade s'étonne, il bave sur son oreiller, bave quand il dort que ce soit chez lui ou dans le métro.

Ses parents ne le font pas voir à un médecin bien qu'ils aient constaté son hypersomnie. Celle-ci persiste assez longtemps ; il note lui-même à ce moment une difficulté nette au travail intellectuel, il se fatigue vite à la lecture ; la mémoire de fixation est très touchée, s'il va au cinéma, il est incapable au retour de dire ce qu'il a vu ; s'il lit, il oublie immédiatement ce qu'il vient d'apprendre. Se distrait pendant la classe, perd des places au classement.

Signalons que M. a toujours présenté une tendance mar-

quée à l'instabilité. Avoue qu'il a toujours aimé « rigoler » en classe, donnait des corrections aux camarades qui l'ennuyaient ou le « rapportaient ». Tentative de fugue à 10 ans parce que sa mère l'avait battu. Il doit renouveler cette tentative plus tard à 18 ans. Dans les deux cas, il est ramené par son père avant d'avoir pu prendre le large. S'empare de 5 francs dans un tiroir pour s'acheter des gâteaux ou encore vole des sous qu'il cache dans ses chaussettes, mais il se fait pincer par sa mère qui le corrige.

A la suite de son encéphalite, non diagnostiquée, les prédispositions perverses de M. s'aggravent nettement. Passe pourtant son certificat d'études. Essaie d'apprendre la comptabilité à l'école Jamet Buffereau. Il a 15 ans, ne fait pas de de progrès, ne rapporte que de mauvaises notes, sa mère le met huit jours au pain sec. Présente alors des colères fréquentes : cris, tapage. Pour se venger de ses parents il cherche à les rendre malades : met du pétrole dans leur café. Cherche toutes les occasions d'irriter son entourage, se rend insupportable, va chez le commissaire pour se plaindre des mauvais traitements de ses parents. Est placé dans une imprimerie comme receveur, mais la machine fonctionne plus vite que lui, il ne peut pas suivre le mouvement des feuilles.

Entre au service d'un banquier qui l'emploie au relevé des comptes de la bourse. Se trompe dans les calculs qu'il effectue sur les valeurs et perd sa place.

Fait de la représentation en bijoux de fantaisie, comme on ne lui donne que 10 % sur son chiffre d'affaires il abandonne pour une situation plus lucrative.

Travaille avec son beau père dans la photographie. C'est

là qu'il s'empare d'une bicyclette et qu'il tente de s'enfuir.

Retourne à la représentation en bijoux et dérobe un collier de perles de peu de valeur, vol qui serait passé inaperçu. Ses affaires périclitent, son tremblement s'accroît, il abandonne ses occupations.

Il a 18 ans : déjà le tremblement est apparu depuis quelque mois ; c'est seulement alors que survient sa rigidité. Il a quitté ses parents avec qui il ne pouvait plus s'entendre. Ceux-ci n'ont certes pas compris encore l'état maladif de M.

M. a donc une chambre en ville. Il est agréé comme receveur sur les voitures de la T. C. R. P. Là, commence une suite ininterrompue de discussions, de disputes, de querelles avec les voyageurs : ils montent en surnombre, ils se bousculent, ils réclament sans raison, ils ne tiennent pas compte de son infirmité, dont il a, lui, une conscience exacte. Bref, son caractère est devenu tel, que les moindres incidents, dans son tram de la ligne 8, deviennent l'occasion de chicanes épiques.

Disons tout de suite que cette irritabilité si fréquente chez les postencéphaliques est souvent liée à la connaissance qu'ils ont de leur mal, de leur diminution motrice et sociale. Il y a tout lieu de la considérer comme une sorte de réaction de mécontentement vis-à-vis du sort qui leur fut si funeste et comme une intolérance pour d'autres maux éventuels.

Ajoutons que le conflit qui éclate entre eux et leur entourage est aggravé, en toute circonstance belliqueuse, par leurs airs d'indifférence qui, sur leur visage figé de parkinsonien, sont comme une ironie et un défi à l'excitation et aux attaques des autres.

M est enfin congédié de la T. C. R. P. parce que dans sa lenteur dans son service, il n'arrive pas à percevoir les tickets de tous les voyageurs.

Les troubles physiques attirent l'attention de ses parents qui se décident à le faire examiner. Est mis en observation à Sainte-Anne et arrive à Vaucluse en placement volontaire.

Examiné le 11 juin 1928, il manifeste une certaine inquiétude sur son état. Il y a chez lui une tendance à ne pas prendre au sérieux les diverses manifestations de sa nature perverse, sourit au souvenir de ses perfidies et l'on n'a pas l'impression que M. est susceptible de modifier prochainement sa conduite.

Au point de vue intellectuel on n'observe aucune trace d'affaiblissement, l'attention est peut-être un peu distraite ; le malade qui sait lire, écrire, compter, est capable de réflexion et apprécie sainement les troubles survenus dans son état physique.

Présente un tremblement à grandes oscillations et siégeant surtout à gauche, influençable par la volonté et s'atténuant dans la position couchée ; une attitude soudée portant sur le segment supérieur du tronc. Le visage est inexpressif ; les sourires obtenus ne sont qu'ébauchés ; le dos voûté, le cou tendu en avant, le regard fixe donnent à M. l'aspect d'un sujet figé dans une sorte d'attitude d'appréhension.

Il y a là comme chez tous les parkinsoniens dysharmonie grossière entre l'aspect extérieur et la vie intérieure, et nous ne pouvons nous empêcher de voir là encore une analogie avec la discordance des déments

précoces, discordance évidemment moins variée, discordance pour ainsi dire passive, alors qu'elle est active chez les déments ; de même, l'on peut établir un rapprochement entre l'attitude parkinsonisme et les attitudes cataleptiques des déments catatoniques. Elles sont certes du même ordre, de même nature, c'est-à-dire qu'elles relèvent toutes deux d'un trouble des mouvements automatiques.

M, s'il le veut, peut s'agiter et courir mais son attitude habituelle, sa manière d'être naturelle instinctive est le ralentissement, la viscosité motrice. Les catatoniques, nous le savons, ne sont pas les moins impulsifs et leur volonté agit puissamment dans leurs impulsions conscientes mais leur nature essentielle, leur fonds moteur si l'on peut dire est l'inertie et la stupeur.

De même que la discordance des déments précoces est plus variée, indiquant par là une désorganisation plus avancée, les attitudes catatoniques le sont aussi davantage, l'attitude parkinsonienne peut certes varier son intensité, elle ne varie jamais son allure générale.

Nous notons de la vivacité des réflexes, de la mydriase due sans doute à l'action du datura administré à Sainte-Anne, une déformation de la pupille gauche. Les réflexes photomoteur et accommodateur sont normaux.

La salivation s'est atténuée ; le malade ne remarque plus rien d'anormal à ce sujet.

L'état général est assez bon : léger amaigrissement et pâleur. Peu de temps après son arrivée, le malade est traité au datura à doses progressives prolongées ; au mois de

novembre est mis au travail au potager, se comporte normalement fournit un rendement assez satisfaisant, ne donne lieu à aucune réprimande, ce qui ne nous étonne pas. Sous l'effet d'une surveillance telle que celle de l'asile, la conduite de nos malades postencéphalitiques s'est en général considérablement améliorée ; cela se comprend aisément, leur pouvoir inhibiteur défaillant les laisse impuissants en face des occasions de débauche qu'ils rencontrent au dehors et qui sont scrupuleusement éliminées à l'intérieur du service.

En décembre nous instituons un traitement par le salicylate de soude intraveineux associé à des doses assez fortes de datura (0 gr. 50 de poudre par jour). L'état général s'améliore nettement ; les couleurs sont reparues, les forces augmentent. M... est remis au potager et continue à prendre du datura. En mars 1929 l'amélioration s'est consolidée, le tremblement s'atténue à mesure que le poids augmente.

La ponction lombaire faite à cette époque donne : albumine = 0,40 lymphocytes = 0.

Actuellement légère hypertonie ; nous n'arrivons pas encore à éveiller des regrets sincères sur les écarts de conduite anciens.

En résumé nous avons affaire à un déséquilibré constitutionnel pervers qu'une atteinte d'encéphalite a modifié profondément dans le mauvais sens. Il devient d'une instabilité extrême, son instabilité l'entraîne à changer de patrons capricieusement, il vole. Il fait preuve de malignité. Il n'hésite pas dans le but de rendre malade ses parents à verser du pétrole dans leur café. Aucun signe de regret douloureux ni de peine expiatoire au souvenir de cette acte. L'inaffectivité est profonde.

Son encéphalite le prive du pouvoir moral d'inhibition tandis que sa constitution perverse lui laisse ignorer le remords.

## OBSERVATION II

B. L. Entre à l'âge de 20 ans, en mars 1929, à l'asile de Vaucluse avec le certificat suivant du D. Courtois : « Est atteint de troubles du caractère et du comportement paraissant d'origine encéphalitique. Episode aigu en 1923 avec agrypnie. Depuis, irritabilité, colères faciles, menaces d'homicide contre sa mère, violences. Fugues, part en emportant vêtements et bijoux qu'il vend. Dépenses inconsidérées, « vendrait père et mère » pour s'amuser avec ses camarades. Vols de livres à l'étalage, vols chez son patron. Idées délirantes, aurait raconté qu'il se sentait supérieur au président de la République, qu'il brasse de grosses affaires. Instabilité dromomanie, incapacité professionnelle de ce fait. Pas de parkinsonisme, tremblement léger B. W. et Meinicke négatifs. L. C. R. : tension 44, albumine : 0, 28. Leuco. 2, 4.

Déjà interné. L'état mental de ce malade et son comportement au dehors rendent à nouveau nécessaire son internement dans un asile d'aliénés où il sera maintenu. »

*Antécédents héréditaires.* — Parents bien portants, une tante aliénée. I frère bien portant dessinateur.

*Antécédents personnels.* — N'a jamais eu de maladie grave jusqu'à 14 ans. Allait en classe où il était bien noté. Jamais de punitions à l'école, ne se battait pas, a passé son certificat d'études à 13 ans avec mention. Il s'était présenté à 12 ans mais n'avait été qu'admissible. Entre chez un photographe pour faire de la retouche de photos c'est alors

qu'il contracte une maladie infectieuse. Maux de tête puis 39° à 40° de fièvre, est vu par le médecin à Bourg-la-Reine- il présente des troubles sérieux de la vue, voit à peine ce qui l'entoure, demeure sommeillant dans la journée et agité la nuit pendant une quinzaine de jours, il a des tremblements, la température persiste environ 15 jours puis B. voit double. Il reste deux mois au repos, s'aperçoit alors qu'il n'a plus le même goût à la lecture. S'il lit il se fatigue vite et au bout d'un certain temps devient somnolent. Reprend du travail chez un bijoutier, semble avoir oublié ce qu'il a fait en 1923. Des troubles du caractère apparaissent qui décident ses parents à le placer à la colonie de Vaucluse en 1924. Travaille aux champs, se conduit bien. Les parents le reprennent en mai 1925, ils ont acheté un cinéma à Bondy. B. les aide, va chercher les films, nettoie la salle, fait l'opérateur. Les parents revendent leur cinéma. Il se sauve alors de chez lui et va chez son oncle, lui vole 700 francs dans son bureau, va passer une semaine chez une tante, s'amuse, va au restaurant, au cinéma, au théâtre, couche à l'hôtel et ne pense à rien. Au bout de 2 semaines, n'ayant plus d'argent, revient chez lui, le lendemain son père le ramène à Sainte-Anne. Il avait travaillé dans un bureau où il gagnait 400 francs par mois, ses patrons étaient contents de lui mais le métier de bureau ne lui plaisait pas, il voulait s'engager dans la marine. Arrive donc pour la 2<sup>e</sup> fois à Vaucluse, à 16 ans avec le certificat suivant du Dr Dupouy : Juillet 1925. Est atteint d'affaiblissement intellectuel postencéphalitique. Diminution progressive de l'attention et de la capacité professionnelle ; désaffectivité filiale. Perversions acquises multiples : vols, fugues, mendicité, gloutonnerie, accès de colère avec bris d'objets.

Allures hébéphréniques. Demi-mutisme. Grimaces. Attitudes catatoniques. Tremblements des mains. Nécessité d'une surveillance que la famille n'est pas en état d'assurer. Déjà interné. L'état psychopathique de ce malade nécessite à nouveau son internement dans un asile d'aliénés. »

On note alors : pas d'affaiblissement intellectuel. Mémoire bien conservée, calcul mental rapide et exact. Pas de troubles de l'attention. Etant placé volontairement sort en avril 1926 sur la demande de sa famille. Au mois de mai à 17 ans s'engage dans la marine, s'embarque à bord du cuirassé *la Bretagne*. A Toulon, abandonne son poste sans permission et vient à Paris sans billet de chemin de fer. Son père prévenu le mène au Ministère de la Marine. Son commandant lui fait rejoindre Toulon, il rentre à bord : 2 jours de cellules en arrivant, est condamné par le capitaine du vaisseau à un mois de prison avec sursis. Il a des crises de sommeil et va à l'infirmerie du navire plusieurs fois, puis est envoyé à l'hôpital militaire de Toulon. Là il se dispute avec un infirmier qui, le soir, ne veut pas laisser la lumière allumée alors que B. veut lire. Il se lève et allume lui-même l'électricité. Mis au rapport est envoyé 2 jours à la salle de police.

Le docteur Hesnard qui le soigne pour ses troubles du sommeil le fait réformer définitivement en novembre 1926. B. ; présente quelques vertiges, il a des troubles de la vue. Ses parents achètent un petit bar à la porte de Saint-Ouen mais B. se dispute avec les clients « qui ne veulent pas payer » ; d'autres se querellent dans le café et il doit les sortir et se battre avec eux ; il s'emporte facilement. Ses parents constatant son irritabilité ne veulent plus qu'il s'occupe du commerce ; il entre alors au service d'un ancien inspecteur prin-

cipal qui est dans la police privée. Il y demeure 4 mois puis est remercié.

Il présente par intervalles des secousses musculaires dans le bras et dans la jambe du côté droit, il peut demeurer plusieurs mois sans en avoir, et parfois cela se reproduit deux ou trois fois par jour.

Fait ensuite de la représentation dans les horloges, accepte cette situation en attendant mieux, puis va dans différentes places où il ne demeure pas ; il en change si souvent qu'il ne se rappelle plus ses dernières occupations.

Décide ensuite de s'engager dans la cavalerie ; en 1927 est en garnison à Lyon, fait une chute de cheval et reçoit un coup de sabot, présente encore des vertiges, est réformé n° 2. En 1928, entre dans la publicité ; il y reste 3 mois environ, s'en va après avoir volé 300 francs à son patron. Celui-ci avertit les parents. Le père de B... rembourse la somme volée. A cette époque B... dérobe aussi des livres à l'étalage et les vend. Son père qui l'apprend rachète les livres vendus et lui fait avouer ses fautes. Il s'enfuit à nouveau avec deux camarades. Ils vont s'amuser dans les cafés et au cinéma, couchent chez l'un d'eux qui possède un appartement.

Au bout de quatre jours B... revient chez ses parents. « Ce n'est qu'alors qu'il s'aperçoit qu'il a fait des bêtises, sur le moment il ne s'en doutait pas ». Dès son arrivée chez lui, son père décide de le réintégrer à l'asile. Revient donc à Sainte-Anne et nous le voyons à Vaucluse le 23 mars 1929.

Nous nous trouvons en présence d'un sujet d'aspect absolument normal répondant correctement à toutes nos questions, mais assez avare de ses paroles, paraît plutôt indifférent, n'apprécie pas à sa valeur la gravité des actes qu'il a

commis, reconnaît qu'il a fait des bêtises mais ne s'en affecte guère. « Il y a des jours où il est mal luné, il n'aime pas qu'on le chahute. » Nous notons au cours de l'examen des troubles vaso-moteurs de la face et une timidité manifeste. Au point de vue intellectuel, légers troubles de l'attention volontaire : a perdu le goût des lectures prolongées, troubles assez marqués de la mémoire de fixation ; a oublié en partie les nombreuses situations qu'il a occupées depuis sa maladie. L'intelligence est peu touchée : légère obnubilation due à quelques troubles de la mémoire et de l'attention.

Nous avons l'occasion de rencontrer les parents de B... qui nous confirment l'atteinte d'encéphalite en 1923 : « Sommeil continu, il ne reconnaissait personne, bavait constamment, transpirait énormément, s'est mis à loucher ». Ils ont noté chez leur fils des modifications frappantes du caractère. « Il n'a plus de volonté, avec lui, c'est le dernier venu qui a raison ». D'après les renseignements des parents, il n'y a aucun antécédent héréditaire et l'affectivité est assez bien conservée. La mère lui trouve un regard bizarre, vague, dans les périodes de troubles ; elle déclare qu'il présente des regrets sincères après ses désordres. » Il revenait tout penaud, il se laissait alors mener docilement : sachant qu'il avait mal fait, il ne savait que faire pour réparer. Ne voulait pas qu'on parle de ses sottises, demandait qu'on oublie. Devant son frère qu'il aime et dont il demande souvent des nouvelles, il était honteux de ce qu'il avait fait, n'osant pas le regarder en face et exigeant, à chaque nouveau désordre, qu'on ne lui dise rien. »

Est assez réfléchi, effectue assez facilement des calculs de tête, ne présente pas d'arriération, possède la mentalité normale de son âge : est irritable, s'excite dès qu'on lui parle de

ses disputes avec son père. Il déclare : « Mon père voulait toujours avoir raison ; nous nous sommes attrapés tous les deux, quand on sait qu'on a raison, on se dispute. »

Au point de vue physique les troubles sont légers, l'état général est très satisfaisant, on ne trouve pas de parkinsonisme.

Pouls : 68. Les réflexes sont normaux. Pupilles en mydriase réagissant normalement. Conserve encore des troubles de la vue, s'il se penche en avant et relève brusquement la tête, il voit trouble pendant quelques secondes.

Le seul fait intéressant est la persistance des secousses musculaires du côté droit se présentant par crises intermittentes.

Peu de temps après son arrivée B... est employé comme garçon de salle à l'infirmerie, paraît consciencieux et fait preuve de bonne volonté mais par intervalles est somnolent et n'a pas de goût au travail. Nous constatons pendant quelques jours un léger état grippal pendant lequel le malade sommeille presque constamment. Nous n'avons aucun reproche à lui adresser, ne se dispute pas avec le personnel, est docile, peu expansif, recherchant plutôt l'isolement.

Actuellement 10 juin 1929 B... ne s'est guère modifié, sa conduite à l'asile ne peut guère faire présumer de celle qu'il aurait au dehors ; l'indifférence est encore la même, le sens moral nous paraît encore endormi et nous donne l'impression de la possibilité de désordres prochains.

Nous voyons encore ici le cas d'un garçon absolument normal jusqu'à l'époque de son encéphalite ; était très bon élève, appliqué et de bonne conduite, passe son certificat d'études avec mention, puis à 14 ans survient la maladie et le carac-

tère se modifie totalement. B... devient irritable, coléreux, menaçant et violent. Nous notons pourtant qu'il est timide et émotif, instable au plus haut degré; présente une période d'excitation hypomaniaque, puis se laisse aller au vol, d'abord dans sa famille chez son oncle (700 fr.) puis chez son patron (300 fr.) enfin à l'étalage (livres qu'il revend). Fait des fugues irréfléchies et des dépenses inconsidérées, se laisse entraîner, est impulsif et susceptible, se fait punir dans la marine, quitte son poste à l'armée, change de métier constamment et n'est réellement raisonnable que sous l'effet d'une surveillance continue comme celle de l'asile.

### OBSERVATION III

L. E... Se comporte correctement jusqu'à l'âge de 12 ans, époque où il contracte l'encéphalite épidémique. Etait intelligent, travaillait bien en classe. Ces renseignements sont fournis par la mère qui nous apprend qu'il était aussi de caractère facile. En 1921 il présente des symptômes d'encéphalite épidémique : somnolence et fièvre. Puis, quelque temps après des troubles du caractère surviennent. L'enfant qui a treize ans fait des fugues, n'a plus de goût au travail, ne passe pas son certificat d'études et devient irritable : il présente parfois des accès de somnolence, il déclare à ses parents qu'il n'a plus la tête à lui, a des impulsions destructrices.

Est examiné à la consultation de Sainte-Anne où on lui prescrit du gardénal. Il continue ses fugues, s'en va avec une bande de maraudeurs et commet des vols dans des jardins. C'est à cette époque que le diagnostic de séquelles d'encéphalite est posé par le Dr Guillaïn à la Salpêtrière. Présente une

angine diphthérique qui guérit mais les troubles de la conduite ne s'atténuent pas. Il n'y a plus moyen de le garder à la maison ; il se fait mener par un taxi jusqu'à Evreux, rentre chez ses parents. Ceux-ci se décident à le placer dans les asiles.

Depuis sa maladie, L... se livre à la masturbation. Il entre à l'asile de Vaucluse à l'âge de 16 ans, en 1925, avec le certificat du docteur Crouzon. « Est atteint de troubles mentaux post-encéphalitiques consistant en fugues, vagabondage, instabilité et irritabilité du caractère, impulsions diverses, destructions ; cet état qui persiste actuellement nécessite tant pour le traitement que pour la surveillance de ce malade son placement dans un établissement spécial. »

Le Dr Mignard note de l'impulsivité, de l'irritabilité, de l'obnubilation, de l'aboulie. Il remarque le facies figé du malade.

A l'asile L. se fait remarquer par son indiscipline, ses tendances taquines et sa malignité morbide. Fait preuve pourtant d'une certaine affectivité, il a conscience de son état maladif et « a honte de lui-même ». Par moments états de dépression, idées noires, tendances mélancoliques et même idées de suicide. Est excité par intervalles

Présente des phénomènes parkinsoniens caractérisés par du ralentissement des mouvements et une attitude figée. Semble avoir de la bonne volonté, demande parfois à travailler mais se fatigue trop rapidement pour qu'on puisse lui donner une occupation quelconque.

Au point de vue mental, puérilité des conceptions, légère débilité et arriération scolaire appréciable.

En juin 1926 sa mère désire le reprendre. Il sort et le Dr Courbon note alors : « Instabilité d'humeur et taquineries,

séquelles d'encéphalite épidémique. Placé volontairement et non amélioré, peut être rendu à sa mère qui le réclame. »

#### OBSERVATION IV

L. L... contracte l'encéphalite à l'âge de 14 ans en 1924. Chez lui les troubles qu'il va présenter alors forment une aggravation d'un état antérieur dû à un léger déséquilibre constitutionnel.

Il s'agit en effet d'un état de dégénérescence chez un sujet ayant eu des convulsions dans la première enfance et atteint de malformations congénitales (pieds bots, hallux valgus). Pourtant la conduite qui avait été assez normale jusqu'à la maladie, se modifie brusquement. L. devient paresseux et instable. On essaie de le mettre en apprentissage mais vainement. Est turbulent et indiscipliné, il ne peut être conservé à la maison. En l'espace de deux ans, il change quinze fois de places. Il commet des vols à plusieurs reprises. Au patronage même on ne peut le garder à cause de son humeur querelleuse et de son état d'excitation. Est placé dans les asiles en janvier 1927.

Examiné à l'asile de Vaucluse on note de la lenteur de l'idéation sans débilité mentale vraie, parfois une certaine obnubilation du jugement, de l'indifférence affective ; il paraît conscient de sa situation mais ne s'en afflige pas ; est plutôt gai ; il s'inquiète parfois de sa famille et de sa sortie, il est indiscipliné, paresseux, incapable de s'occuper sérieusement à quelque travail. Présente un aspect figé ; par moment a des crises de somnolence et de diplopie. Tremblement des paupières et léger tremblement des membres, les réflexes

de posture sont exagérés. Au bout de quelques mois le malade est transféré sans qu'on ait pu constater d'amélioration.

## **2<sup>o</sup> Irritabilité morbide, violences, tentatives de suicide, actes impulsifs.**

### **OBSERVATION V**

L. H... entre à l'asile de Vaucluse à l'âge de 39 ans le 2 février 1928 avec le certificat suivant du docteur Dupouy : « Psychose post-encéphalitique. Idées délirantes de persécution. Thème imaginatif à base vraisemblablement onirique. Reliquat confusionnel et hallucinatoire. On a voulu lui jouer une farce. Il y a eu une séance de charlatanisme ; on lui a mis dans une enveloppe des bonbons en chocolat qu'il a cru empoisonnés. Déjà à Clermont, on l'a endormi et à l'hôpital de Versailles on l'avait torturé par les rayons, on lui avait fait boire du poison. Il y a eu un complot contre lui parce qu'il est le fils d'un commandant d'artillerie qui a dû connaître dans le temps le capitaine Dreyfus. Sa femme doit appartenir à la Police. Quelques idées de jalousie à son égard. Idées vagues de richesse. Il a été frustré d'un million lors d'un divorce antérieur. Il attend actuellement un gros héritage. Demande à savoir ce que l'on a contre lui. Anxiété. Impulsivité envers les infirmières, cherche à les embrasser. Brutalités. Encéphalite épidémique en 1920 ou 1921. Actuellement état parkinsonien, tremblement, masque, figé, etc... Déjà interné à Clermont. L'état psychopathique de ce malade nécessite à nouveau son internement dans un asile d'aliénés

et par voie d'office si le placement volontaire ne peut être effectué.

*Antécédents héréditaires.* — Père capitaine d'artillerie, mort en 1915. Mère vivante, 60 ans. Un frère de son père serait encore dans un asile. Une sœur internée à Vaucluse est morte de tuberculose. Deux autres sœurs sont bien portantes.

*Antécédents personnels.* — Elevé jusqu'à 7 ans par sa grand'mère, reçoit des leçons d'une institutrice. Est repris par ses parents qui le mettent au lycée d'Angoulême où il entre en huitième. Remporte presque tous les prix de sa classe en 7<sup>e</sup>. Fait sa seconde et sa première au lycée Louis le Grand, échoue au baccalauréat à Paris mais réussit à Rennes. A l'intention de se présenter à Saint-Cyr. Après un an de mathématiques élémentaires se brouille avec son père et s'engage au 7<sup>e</sup> dragons. Passe dans l'infanterie où il gagne rapidement le grade de sergent, il a 21 ans. quitte l'armée à 24 ans en 1912 et entre à la Compagnie du Midi dans la comptabilité.

Est mobilisé, vient sur le front en 1915. A noter alors une forte commotion cérébrale par éclatement d'obus de gros calibre, demeure un an sans pouvoir retourner au front : perforation du tympan, vertiges, bourdonnements, maux de tête persistants. Remonte en ligne en 1917 : croix de guerre, citation en Champagne, puis nouvelle évacuation pour entorse. Opéré de cholécystite, ne retourne aux Armées qu'après l'armistice. Est envoyé en Rhénanie. Démobilisé en 1919 rentre à la Compagnie du Midi.

Sa seconde femme qui l'avait connu avant leur mariage déclare qu'il a toujours été méfiant, se figurant parfois qu'on s'occupe de lui et qu'on le méprise.

Marié pour la première fois en 1914, a un petit garçon actuellement bien portant. Doit divorcer en 1921 et se remarier après l'apparition de troubles déjà sérieux avec une femme qui, prise de pitié pour lui, cherche à le protéger et à l'aider.

Présente en 1920 une forme fruste d'encéphalite que le malade n'a pas oubliée mais sur quoi on ne peut interroger son ancienne femme qui ne s'occupe plus de lui.

Pendant cette encéphalite le malade n'interrompt pas son travail de bureau mais il s'aperçoit lui-même qu'il est somnolent dans la journée, il lui arrive de s'endormir à son travail. On sait qu'il est bon employé, on ne le réprimande pas. Présente une grosse difficulté dans ses calculs de comptabilité, dehors même, a des envies de s'endormir, n'est pas entrain, prétend qu'il voit trouble. Ne consulte pas de médecin. Cette somnolence persiste longtemps, plusieurs mois. Les maux de tête sont fréquents, ils se produisaient par intervalles depuis la commotion de 1917.

Le malade continue son métier : sa facilité de réflexion et de travail intellectuel redevient ce qu'elle était, mais petit à petit s'établira ce tremblement et cette rigidité que nous constatons actuellement et qui en fait un parkinsonien à forme atténuée.

Vers 1926, sa femme remarque chez lui avec surprise ce tremblement accentué, cette attitude voûtée et rigide et s'étonne des modifications profondes du caractère. Au piano, elle s'inquiète de voir qu'il ne tient plus compte de la valeur des notes et des erreurs grossières dans son exécution musicale.

Il a de nombreuses discussions avec sa femme pour des

raisons d'argent, s'emporte facilement. L'état de méfiance qui lui est familier s'accroît, s'aggrave notablement et le porte à croire qu'on l'observe dans la rue, qu'on le suit.

Une nouvelle crise de somnolence l'oblige à se rendre à l'hôpital de Versailles : il peut à peine se tenir debout et n'y voit presque plus. Il avait arrêté son travail un mois auparavant. Son chef de bureau lui conseillait de prendre un congé. Il faut voir là sans doute l'effet de son ralentissement psychique et moteur qui le rendait en partie inapte à son emploi. Avait aussi entendu prononcer certaines phrases à son bureau : « Elle se sacrifie pour lui, c'est malheureux pour son fils, il est millionnaire. » Ces réflexions l'inquiètent et son humeur s'en ressent.

Arrivé à l'hôpital de Versailles en taxi, ne tarde pas à s'agiter, est maîtrisé par plusieurs infirmiers, on lui met des anneaux et des chaînes aux pieds, ce qui lui fait dire : « Je ne suis pas un bandit, pourquoi me traite-t-on ainsi ? On l'enferme dans un cabanon. Se croit alors sous l'influence des rayons X et cela le tourmente. Il a servi de médium. Se soulève sur son lit mais c'est une force occulte qui agit sur lui, qui le fait lever.

Est dirigé sur l'asile de Clermont dans l'Oise, a l'impression qu'il ressuscite ; des courants électriques lui parcourent les jambes.

On lui a fait absorber des poudres et il s'écrie : « Au secours, on m'empoisonne ! » A des crises de somnambulisme se dispute avec un infirmier qui veut mettre fin à ses promenades nocturnes.

On veut l'endormir et il déclare : « Il y a quelque chose

là-dessous ! » Idées bizarres de mauvais traitements infligés : on lui a ouvert le derrière .

Au bout d'un certain temps, se met au travail et obtient sa sortie. Retourne à Paris avec sa femme. Ne reprend pas ses occupations, se promène et son état de méfiance se complique d'idées de persécution contre sa femme : elle fait partie de la Police, il l'a vue en conversation avec un agent.

Va en visite chez des amis qui le font coucher dans un lit en toile et cela pour prendre l'empreinte de son corps.

Discussion sérieuse avec sa femme au sujet de son fils.

Une jeune femme sans se faire connaître lui rend visite et l'engage à aller à Sainte-Anne. Arrivé à l'asile il est placé d'office.

Nouvelle crise d'agitation, brutalités, excitation, tente de donner des baisers aux infirmières.

Se calme, est employé au ménage. Comme il s'agit d'un chronique est envoyé dans un asile de banlieue et arrive à Vaucluse.

*Examiné le 25 février 1928*, nous le trouvons toujours sous l'influence de ses idées délirantes, il est calme mais paraît anxieux : « Que vient-il faire ici, que veut-on de lui, il n'a fait de mal à personne. »

Quoiqu'il conserve une conscience assez nette de sa situation nous ne pouvons nous empêcher de remarquer sa puérité, et son délire, mal systématisé, polymorphe, avec idées d'influences extérieures, nous donne l'idée d'un syndrome hébéphrénique fruste. Son affectivité est en déséquilibre. Parfois enfantin, docile et implorant, il devient brusquement véhément et révolté. L'attention est assez soutenue, seule sa

critique est défectueuse et sa logique défailante quand il absorbe son délire.

Nous notons aussi une hyperémotivité flagrante, le tremblement s'accroît, des troubles vasomoteurs se produisent à diverses reprises au cours de l'interrogatoire. Le pouls est à 104. Les réflexes sont vifs.

Les pupilles sont en myosis (G. légèrement plus grand que D.).

Les réflexes pupillaires sont très atténués mais existent.

La marche est habituellement ralentie mais le malade conserve la possibilité de courir.

Face ordinairement figée avec fixité du regard due à une certaine immobilité des paupières des muscles oculaires et périorbitaires. Attitude généralement soudée portant sur le segment supérieur du corps.

Résiste assez bien à son tremblement mais dès que la volonté se relâche ou si le malade se distrait les oscillations reparaissent.

Peu à peu les idées délirantes s'atténuent. Le calme s'établit. Mais l'impatience et l'instabilité ne cèdent pas. Il est rare qu'à la visite médicale elles ne se manifestent pas. « On se joue de moi, s'écrie L... M..., qu'est-ce que je suis venu faire ici. » Pourtant pas de crise d'agitation sérieuse. On établit un traitement prolongé par le datura en commençant par 0 gr. 06, dose que l'on maintient pendant des mois. En décembre 1928, nous faisons un traitement par le salicylate de soude intraveineux qui semble donner une amélioration de l'état physique. Le malade s'indigne : « Ah ! vous m'en faites voir ? Est-ce bien nécessaire, docteur, toutes ces piqûres ? » Il

s'inquiète et nous harcèle : « Vous n'allez pas me garder ? Je ne suis pas fou ».

Le 16 février 1929, la ponction lombaire donne : albumine = 0,40, lymphocytes = 0. Actuellement le malade est nettement amélioré, il n'y a pas eu d'excitation depuis plusieurs mois. L... M..., s'irrite encore de sa présence dans les asiles mais il soutient la conversation avec intérêt. On note une affectivité évidemment exagérée mais dont les effets ne sont pas inopportuns ; sur son masque figé de parkinsonien s'ébauchent des sourires forcés au souvenir des infirmières de Sainte-Anne, moins de révolte dans ses propos, une sincérité touchante et émue dans l'exposé de ses troubles passés et de ses disputes conjugales.

L'émotivité est moins à fleur de peau, le tremblement semble s'être atténué, parallèlement au développement d'un certain embonpoint. Nous constatons encore le signe de la roue dentée et quelques frémissements dans la lèvre inférieure.

Pourtant les idées délirantes ne sont pas entièrement corrigées et même nous découvrons que L... perçoit des hallucinations : « Avez-vous entendu, docteur, du côté des cellules : « Riquet, Riquet ! » C'est lui Henri que l'on appelle ; il y a quelqu'un de sa famille que l'on maintient interné.

Chez ce malade nous rencontrons une prédisposition évidente aux troubles mentaux. Avant son encéphalite il est déjà méfiant. Or cet état s'aggrave fortement car d'autres troubles apparaissent qui associés aux précédents vont jusqu'à former un tableau de délire polymorphe avec idées d'influence et troubles cénesthésiques.

Les impulsions qui succèdent aux périodes d'irritation sont conscientes mais il y a chez le malade une sorte d'impossi-

bilité à les réfréner ; c'est le pouvoir inhibiteur qui est défaillant.

Disons en passant que les manifestations perverses des postencéphalitiques ont en général ce caractère impulsif où l'on sent l'absence de réflexion avant l'acte ; en un mot la non-participation de toute la personnalité intelligente du sujet. Les regrets très vifs et sincères des malades contrastent avec l'indifférence ou les fausses promesses des pervers de naissance. Nous ne pouvons encore une fois nous empêcher d'établir une comparaison entre ces réactions psychomotrices et celles des déments précoces, toute proportion gardée d'ailleurs. L... M... n'est d'autre part pas le seul malade chez qui nous avons pu constater l'apparition d'un syndrome hémiphrénique se produisant chez un prédisposé à la suite d'une évolution d'encéphalite épidémique et certains psychiatres même à l'heure actuelle en présence de certains cas n'hésitent pas à prononcer le terme de *démence précoce postencéphalique*.

Chez L... M... retenons spécialement comme modifications du caractère survenues à la suite de l'encéphalite, *son instabilité, son impulsivité, ses exigences, son indocilité quérulante, sa tendance aux baisers, son assiduité importune*. On ne peut pas affirmer l'existence d'affaiblissement intellectuel, les périodes de confusion ont été transitoires : actuellement L... M... raisonne bien pour tout ce qui ne touche pas à son délire, soutient facilement une conversation ; seul son ralentissement psychique, que sa femme a noté au piano où il était incapable de suivre le mouvement de la musique, persiste parallèlement au ralentissement moteur.

En mai 1929, L... M... qui avait été mis comme employé

dans un bureau de l'administration tente de s'évader, est réintégré au quartier.

#### OBSERVATION VI

L... A..., arrive à l'asile de Vaucluse le 27 février 1929 à l'âge de 17 ans avec le certificat suivant du Dr Courtois :

« Est atteint d'encéphalite épidémique chronique avec troubles du comportement et du caractère. Période de somnolence diurne avec insomnie nocturne à l'âge de 13 ans. Depuis plus d'un an incapacité à travailler d'une façon suivie lenteur des mouvements et de l'idéation, colères faciles. Parkinsonisme avec crises oculogyres. Tremblement ; inégalité pupillaire (D. plus gr. que G.). Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs. L'état mental du jeune L... rend nécessaire en l'absence d'un établissement spécial pour les encéphalitiques chroniques et par mesure d'assistance, son internement par voie d'office dans un asile d'aliénés.

*Antécédents héréditaires.* — Le père est malade des poulmons, habitudes éthyliques, s'occupe d'affaires. La mère tenait un débit de boissons, tendances aux abus alcooliques. « C'est forcé, dit L..., elle trinque avec les clients ». Souffre d'une maladie de foie.

Trois sœurs mortes à 9 mois de convulsions.

*Antécédents personnels.* — Nombreuses maladies fébriles dans sa jeunesse. A 10 ans en particulier tombe dans le coma avec fièvre élevée. Les 5 médecins qui l'examinent le considèrent comme perdu. Il s'agit sans doute d'une atteinte de méningite. Cette affection dure trois mois. L... guérit.

En 1923, à l'âge de 13 ans présente des symptômes d'encé-

phalite épidémique. S'endort sur la table dans la journée ; hypersomnie diurne et insomnie nocturne, passe ses nuits à lire. Est sous l'influence d'un état d'onirisme qu'il décrit lui-même avec détails.

A l'état de veille il n'a qu'à fermer les yeux et alors il se trouve en présence de nombreux animaux, il est leur roi, lui-même est métamorphosé en lion ; ce délire dure une huitaine de jours. il demeure alité un mois puis s'occupe dans le débet de ses parents.

Les troubles s'atténuent ; le malade ne dort plus dans la journée, est encore agité la nuit, a quelques difficultés à se lever le matin, puis disparaissent presque complètement. Il est à noter que L... ne semble présenter aucune atteinte des fonctions intellectuelles. Il lit, même très rapidement, calcule, réfléchit, prend part aux conversations avec facilité. En 1924, 1925, 1926, il ne remarque aucune modification de son état. Des disputes éclatent entre lui et son père, mais aussi entre celui-ci et sa mère.

A partir de 1927 des phénomènes nerveux apparaissent. L... est pris par moments de secousses brusques, rapides, généralisées, qui se produisent avec prédilection dans le demi-sommeil, quand il s'endort. Les yeux se révulsent involontairement, par intermittence et cela dure de 5 à 10 minutes. Ces crises se manifestent plusieurs fois par semaine. Ce n'est qu'à cette époque que le tremblement apparaît avec des troubles moteurs : ses parents lui reprochent d'être lent dans son travail, il s'arrête parfois dans son attitude et demeure plusieurs minutes immobilisé sans pour cela qu'il lui soit absolument impossible de vaincre cet engourdissement.

Tous les jours des querelles éclatent avec son père, celui-ci lui « flanque » des coups de bâton, ces sanctions sont souvent méritées. En effet il fait des bêtises, vole des sous : 2 francs, 3 francs pour s'acheter des bonbons en pâte de guimauve, tient tête à son père, devient insolent, entre en colère et ne sait plus ce qu'il fait ni ce qu'il dit, l'idée lui vient de se sauver chez son oncle, mais il ignore s'il sera reçu.

Au point de vue sexuel, pas d'anomalie notable. Il connaît une petite voisine, ils se fréquentent, s'embrassent mais « ne font rien de mal ». A 15 ans, il est entraîné par une femme et tire de cette aventure une certaine satisfaction.

Précisons l'état mental de L... antérieur à son encéphalite. Il allait à l'école : bon élève, souvent premier de sa classe, bien noté au sujet du travail et de la conduite, respectueux, bien doué affectivement et intellectuellement. C'est à l'époque de son certificat d'études qu'il est atteint d'encéphalite épidémique, ne se présente pas à l'examen et ne retourne plus en classe.

Au début de 1929 les troubles ne sont pas améliorés, au contraire. Les parents se décident à le faire examiner à Sainte-Anne. Il y est maintenu et envoyé à Vaucluse au bout de 8 jours. Examiné le 2 mars 1929, il manifeste des réactions émotives exagérées ; son affection pour sa mère semble très vive, est pris d'une crise de larmes à l'idée qu'elle est demeurée en butte aux brutalités de son père ; inquiétude et légère dépression.

Reconnaît les fautes qu'il a commises, regrets qui paraissent sincères. Nous interroge avec intérêt sur son état de santé. Pourra-t-il guérir ? en a-t-il pour longtemps à demeurer ici ?

Ses facultés intellectuelles ne sont pas altérées, l'attention est vive, la compréhension assez rapide. Les réflexions et la conversation malgré la lenteur de l'élocution ne sont ni puériles ni sottes. Le calcul, la lecture, l'écriture s'effectuent correctement. A diverses reprises, L... ramène la conversation sur la question de sa sortie de l'asile. Chaque jour à la visite il doit revenir à la charge sur cette demande, inlassablement avec une sorte d'automatisme et une insistance agaçante qui dénotent une exigence intransigeante et comme une inconscience du dérangement causé.

Cette résistance, cette exigence, cette importunité agaçante, ce désir de retenir le médecin au cours de ses visites, nous avons pu les constater chez la plupart de nos postencéphalitique et les considérer comme une tendance incorrigible à faire supporter au médecin les effets de leur humeur maussade.

*Examen physique.* — Nous notons une légère hyperréflexivité diffuse. Les pupilles sont déformées en mydriase et les réflexes photomoteurs et accommodateurs très lents, peu marqués.

L'attitude est soudée : ce malade capable d'effectuer tous les mouvements normaux adopte une rigidité portant surtout sur la face, le cou, la partie supérieure du tronc ; le dos est voûté. Cette attitude serait d'apparition récente. Fixité du regard et immobilité relative des paupières. Le tremblement est généralisé ; il est influençable par la volonté, une distraction l'accentue : En faisant tendre les mains au malade et en les touchant de manière à en apprécier les oscillations, on note une reprise du tremblement dès que le malade répond aux questions posées.

Disons que récemment L... a remarqué que son oeil gauche se déviait, fait qu'il n'avait jamais constaté. Pendant plusieurs jours et par intermittence il voit double. L'état général est assez bon.

Conservé à l'infirmerie en observation, il ne cesse de manifester son impatience et son instabilité.

La ponction lombaire pratiquée le 16 mars 1929 lui donne des maux de tête persistants qui semblent améliorés par l'administration de théobromine. Albumine = 0 gr. 56 ; lymphocytes = 0.

L... nous est très reconnaissant de l'avoir soulagé de sa céphalée. Il cherche à s'occuper au ménage du quartier mais sa lenteur et son instabilité en font un mauvais travailleur.

Actuellement 7 avril, l'inquiétude qu'il manifestait à son entrée a disparu. Il est décidé à bien se conduire ; il harcèle le médecin à son passage pour qu'on le fasse lever et qu'on l'envoie au grand air.

Nous voyons dans l'histoire de L... que chez lui se sont développés sous l'influence d'une atteinte d'encéphalite et favorisés par l'inconscience de l'entourage des troubles du caractère consistant essentiellement en une irritabilité morbide avec tendance aux fugues. Sans nous arrêter aux troubles physiques qui viennent nous confirmer dans notre diagnostic de séquelles d'encéphalite et qui semblent être apparus tardivement, puisqu'ils furent postérieurs à l'éclosion des manifestations perverses, signalons l'entêtement, la persévérance, l'exigence dans ses caprices, notons au passage les larcins pour se procurer de la pâte de guimauve, la tendance aux baisers, le déséquilibre de l'affectivité : colères et attendrissement faciles, la conscience morale conservée Il est

intéressant de retenir que pendant toute une période de 1923 à 1926 succédant à l'atteinte aiguë, l'état physique et mental du sujet ne donne lieu à aucune observation. Nous verrons que cet « *intervalle non troublé* » n'est pas exceptionnel dans ces cas de formes prolongées de l'encéphalite épidémique.

#### OBSERVATION VII

R. E... contracte l'encéphalite en 1921, à l'âge de 13 ans. Jusqu'alors n'avait jamais présenté de maladie grave. Avait toujours été sage et raisonnable, possédait son certificat d'études primaires (mention bien). En 1921 il présente donc des troubles constitués par une tendance invincible au sommeil, il s'endort partout, à n'importe quel moment, il a des myoclonies et des phénomènes visuels, parfois ne voit plus clair du tout.

A la suite de la convalescence les premiers troubles du caractère apparaissent. Il « chipe » de l'argent à ses parents et devient fugueur. Est mis en apprentissage mais ne peut demeurer en place ; son père s'impatiente ; à la suite de quelques menaces que celui-ci lui aurait faites pour l'engager à un travail soutenu, R... se sauve et demeure 4 jours sans donner de ses nouvelles ; il vit comme il peut, travaille dans des fermes.

Il présente aussi des réactions impulsives, se bat avec ses camarades, martyrise les animaux, les chats en particulier à qui il mord la queue et les oreilles ; se masturbe fréquemment, a des propos grossiers, est turbulent, insupportable.

En février 1924, les parents qui n'ont plus d'autorité sur lui le font examiner. Le Dr Roubinovitch établit le certificat

de placement suivant : « Est atteint de désordres du caractère et du sens moral consécutifs par aggravation à une atteinte d'encéphalite léthargique contractée en 1921 et caractérisée par une irritabilité, une agitation, des actes de cruauté envers les animaux, mord les oreilles ou les pattes des chats, porte lui-même des traces de griffes de ces animaux qui se défendent. Grande indifférence avec insensibilité affective, coprolalie et digitophagie, brutalités de toutes sortes qui rendent impossible son séjour dans un atelier et qui nécessitent son placement dans un asile spécial ». Il est donc placé à la Colonie de Vaucluse. Il taquine continuellement ses camarades, raconte des mensonges et présente une légère excitation psychique et motrice qui favorise évidemment l'apparition des actes qu'on lui reproche. Il demeure incapable d'effectuer un travail suivi

En novembre 1925 il passe au service d'adultes de Vaucluse avec la note suivante du Dr Simon : « Séquelles d'encéphalite léthargique, continue de présenter un état fréquent d'excitation avec bavardage incessant, turbulence, taquineries multiples envers ses camarades, onanisme, devient dangereux pour les enfants plus jeunes, il peut en raison de son âge être passé dans un service d'adultes.

Il y demeure jusqu'en juillet 1928 sans qu'il soit possible de l'occuper à un travail quelconque, il s'agite et s'excite fréquemment et ces périodes d'excitation coïncident avec des réactions perverses multiples : mange ses ongles, taquine ses voisins, s'irrite, est brutal, turbulent, sans-gêne et grossier. En l'espace de 3 ans il revient 9 fois dans le quartier des agités, puis il est transféré.

OBSERVATION VIII

H. G... entre à l'asile de Vaucluse le 11 mai 1928 pour des troubles du caractère consécutifs à une atteinte d'encéphalite prolongée.

Avant son atteinte d'encéphalite les parents n'avaient remarqué chez lui aucun trouble sérieux de la conduite, il travaillait bien en classe, avait passé son certificat d'études primaires vers 12 ans.

C'est en 1924 qu'il présente à l'âge de 12 ans et demi des phénomènes qui d'après les parents se résument en hypersomnie (H. s'endormait constamment), en troubles oculaires et délire. Peu après les troubles du caractère surviennent ; H. est déprimé, tout travail intellectuel le fatigue rapidement, il présente des absences de mémoire.

Il est employé comme garçon boucher mais il n'a pas de goût à son travail, il se fait remarquer par son instabilité et ses périodes de somnolence intermittentes.

Ses parents le font soigner quelque temps dans une maison de santé : aucune amélioration appréciable ne se produit, il rentre donc chez lui et retourne à son travail. Il se met en colère fréquemment, se livre parfois à des violences contre son entourage, est susceptible et intolérant, il n'admet pas qu'on le contrarie. D'autre part sa facilité de travail ne redevient pas ce qu'elle était auparavant, il est lent dans ce qu'il accomplit, se plaint de fatigue cérébrale, de céphalée. Il voit double par intervalles et a des secousses dans le bras gauche. A cette époque il a 16 ans, le goût des voyages et des aventures lui vient, il cherche à s'engager dans la marine, mais

il est refusé à cause d'une déviation de la colonne vertébrale. Les troubles du caractère ne font que s'accroître.

Enfin H. est placé volontairement et le 3 mai 1928 le Dr Roubinovitch établit le certificat suivant :

« Est atteint d'encéphalite léthargique prolongée, ayant débuté à l'âge de 12 ans 1/2 et qui se caractérise actuellement par des troubles graves du caractère, colères, impulsions, violences, crises d'excitation ; périodes de céphalée avec somnolence diurne, état qui nécessite son admission dans un asile spécial pourvu d'une colonie agricole tel que celui de Perray-Vaucluse ». Nous l'examinons donc à Vaucluse le 14 mai 1928. Il se présente d'une manière à peu près normale. On note de l'asthénie dont le malade lui-même a conscience ; il se plaint d'amnésie, prétend avoir des absences de mémoire et ne pouvoir effectuer aucun travail prolongé.

Il sait lire, écrire, compter, mais ne s'y intéresse pas, effectue des calculs correctement mais lentement, est distrait ; légers troubles de la mémoire de fixation. Ces troubles sont vraisemblablement dus à l'état fréquent de somnolence et à l'inattention. Le malade est calme, il avoue qu'il s'irrite facilement quand on cherche à l'ennuyer.

Au point de vue physique aucun trouble notable. Réflexes pupillaires lents, mydriase bilatérale, bon état général. Nous ne constatons pas de myoclonies, pas de tremblement. Les réflexes de posture sont normaux.

H. demeure plusieurs mois à l'asile. Nous essayons de le faire travailler ; il est occupé d'abord au potager sans donner satisfaction, passe à la cuisine de l'asile et cesse son travail peu de temps après. Au point de vue affectif, H. est parfois déprimé, se plaignant de son état d'aboulie. Il s'intéresse

à sa famille, comprend sa situation et s'inquiète de son sort. mais par moment il s'excite, semble oublier ses promesses antérieures d'amendement et devient dangereux ; il faut à diverses reprises le faire passer dans le quartier des agités. Ses parents veulent à nouveau essayer de lui rendre la liberté. Il sort donc en septembre 1928 non amélioré.

#### OBSERVATION IX

A. J... contracte l'encéphalite en 1918 à 32 ans. Jusqu'alors n'avait présenté aucun trouble sérieux ni de l'état physique ni de l'état mental ; à la suite de la période aiguë, il reprend son métier de garçon de café mais peu à peu s'installent des phénomènes parkinsoniens qui l'obligent à abandonner ses occupations ; demeure donc dans sa famille.

Présente par intervalles des troubles du caractère qui inquiètent vivement son entourage ; il devient coléreux, pour des raisons futiles, il profère des menaces et à plusieurs reprises en vient à des violences. Ces réactions sont surtout dirigées contre sa belle-mère mais il peut être aussi dangereux au dehors. Les signes physiques s'aggravant avec une progression assez rapide, d'autre part les troubles de l'humeur et de l'intelligence elle-même s'accroissant, il est impossible de conserver A. J... chez lui, il doit être constamment surveillé par quelqu'un ; petit à petit, il est devenu incapable de s'occuper à quoi que ce soit.

En novembre 1926 il est amené à Sainte-Anne où le Dr Wallon établit le certificat suivant : « Est atteint d'un syndrome parkinsonien consécutif à une encéphalite épidémique, il présente un gros tremblement de la main droite, des troubles

de l'équilibre et de la marche, une attitude soudée, un faciès figé, il serait sujet à des crises d'excitation et de violences au cours desquelles il menace, insulte et frappe les personnes de son entourage. Il a pris en animosité particulière sa belle mère et de son propre aveu il lui a promis de lui faire son affaire ; il pourrait être dangereux pour son entourage, il est nécessaire de le placer dans un établissement spécial ».

Il arrive à Vacluse où l'on note de l'hémitemblement à droite, de la fixité du faciès, du ralentissement de la parole. Les réflexes sont vifs, le réflexe pupillaire photomoteur est aboli, l'état général est satisfaisant. Il est conscient de son état, l'affectivité est assez bien conservée.

A. J... demeure à l'asile de Vacluse sans pouvoir s'occuper à rien, doit être alité par moments à cause de son état physique qui s'aggrave. Nous voyons A. J... en mai 1927. Les troubles physiques ont fait du progrès, l'hypertonie s'est généralisée, le tremblement est à grandes oscillations, le malade ne peut être que maintenu au lit.

L'état général est profondément touché. Dès cette époque nous constatons que le parkinsonisme évolue vers la forme cachectisante.

Malgré ces troubles physiques sérieux le malade demeure susceptible et irritable, il est importun et exigeant, demande à chaque visite qu'on s'occupe de lui. L'intelligence est assez bien conservée, il a une conscience nette de sa situation, mais le ralentissement psychique est très marqué, la parole, parfois saccadée, s'élabore péniblement.

Dans les mois qui suivent nous constatons l'évolution de la maladie. L'amaigrissement devient extrême, le malade ne

peut plus s'alimenter lui-même, il est incapable de se mouvoir, les membres se raidissent de plus en plus, les secousses musculaires sont permanentes. Nous notons l'apparition d'un spina ventosa bilatéral au niveau des métacarpiens ; c'est à ce niveau que se faisaient les chocs dus au tremblement à grande amplitude contre la barre de fer du lit où le malade avait l'habitude de se maintenir. Malgré un traitement au salicylate et au datura l'aggravation est progressive et le malade meurt en janvier 1929 dans la cachexie et la tuberculose.

#### OBSERVATION X

D. A... contracte l'encéphalite épidémique en 1920 à l'âge de 10 ans. Jusqu'alors il avait été raisonnable, donnant satisfaction à l'école et à la maison. Les phénomènes qu'il présente sont caractérisés par du délire, des hallucinations, de l'agitation nocturne. Dans le jour, il s'endort tout le temps, puis a de la diplopie. Au cours de la convalescence apparaît de l'embonpoint. Est remis à l'école mais manifeste dès lors son mauvais caractère ; il se bat avec ses camarades, il ne cesse de les taquiner, puis il vole de l'argent à ses parents, il ne fait aucun progrès en classe, il ne pense qu'à s'amuser, l'époque du C. E. P. approche et il est incapable de s'y présenter. « Il apprend difficilement, a toujours eu la tête dure ». S'il se bat avec ses camarades, il aime les animaux, il embrasse les petits enfants, il va à l'église régulièrement, car il est enfant de chœur ». A 13 ans ses parents désespérant de le voir travailler à l'école cherchent à lui faire apprendre un métier. Mais D. A. est devenu susceptible et irritable ;

ayant été grondé par ses parents, il absorbe de la céruse. Il est placé chez des cultivateurs mais là encore il se venge de sa patronne qui l'a réprimandé dans la journée, en se livrant sur elle à des voies de fait. Il nous dira plus tard que cette idée de vengeance lui est venue brusquement et qu'il n'a pas pu y résister.

Il est rendu à ses parents : ceux-ci le font examiner par le Dr Quellien qui établit le certificat de placement suivant : « 14 mai 1924. Est atteint de débilité mentale avec difficulté au travail, paresse, indisciplin et troubles graves du caractère : colères et même violences. A présenté en 1920 une encéphalite léthargique grave sans reliquat organique actuel, mais qui a certainement aggravé son état mental. Placé en avril dernier dans l'Aveyron chez des cultivateurs, s'est livré sur sa patronne à la suite d'une contrariété futile à une agression avec coups qui a motivé son renvoi à Paris. Les colères se renouvellent plus fréquemment depuis le retour dans la famille, le sujet refuse de travailler. Cet état mental compromettant l'ordre public et la sûreté des personnes, je déclare nécessaire qu'il soit placé et retenu dans un établissement d'aliénés. »

Il est envoyé, après passage à Sainte-Anne, à la colonie de Vaucluse. Il y est insupportable, donne de mauvais exemples : onanisme fréquent, taquineries, disputes, batailles. On ne peut l'y laisser plus longtemps à cause de son développement physique prématuré dont il abuse vis-à-vis des autres enfants.

Il vient donc au service d'adultes en novembre 1925. Il ne cesse d'importuner son entourage, il pleurniche, il boude, il fait la mauvaise tête ; il ne veut rien faire.

Nous le voyons en mai 1927. Il cherche à attirer l'attention sur lui, nous interpelle à chaque visite, nous fait part de ses préoccupations nosophobiques. « Sa cuisse lui fait mal à l'endroit où il a eu autrefois une ostéomyélite, il faut le faire opérer, a mal dans le ventre, doit avoir l'appendicite. . » Il est inquiet et veut qu'on l'examine. Il a 18 ans ; puérilis me. Les notions scolaires sont peu développées, s'amuse comme un gamin, découpe des images, désire qu'on s'occupe de lui, pour cela il cherche à être agréable, offre des cigarres, des crayons. Essaie de retenir le médecin en le saisissant par le bras ou par les vêtements.

L'affectivité est assez bien conservée ; il est heureux de voir sa sœur qui vient souvent le visiter ; il s'inquiète de son sort, mais il est intolérant et impatient, irréfléchi dans ses réactions, vindicatif. Il a tenté à deux reprises de s'ouvrir les veines des poignets avec le couvercle d'une boîte en fer. Ces deux tentatives comme l'absorption de céruse accomplie chez ses parents sont des réactions de vengeance contre l'entourage qui ne se prête pas à ses exigences, réactions favorisées par l'état d'inquiétude qui lui vient de ses maladies imaginaires. Au point de vue physique, les troubles sont nuls, à part une adiposité très marquée. La ponction lombaire pratiquée en avril 1929 donne : albumine 0,22. lymphocytes 1,6. On a essayé deux fois de le faire travailler, n'a pas pu prolonger ses occupations plus de quelques jours. Actuellement pas d'amélioration : récriminations incessantes, familiarités excessives, flatteries, turbulence, indiscipline.

OBSERVATION XI

D. H... contracte l'encéphalite à l'âge de 9 ans en 1924. Auparavant avait été à l'école pendant plusieurs années, savait lire, écrire et compter ; sans être dans les premiers de sa classe il se maintenait dans un bon rang, était quelquefois puni mais « il n'était pas le seul ». Père tué à la guerre, mère bien portante, deux sœurs bien portantes, personne n'est interné dans la famille. A eu une sorte de méningite à 9 ans. Sommeil, fièvre, maux de tête, a vu trouble par intermittences, a été soigné aux Enfants-Malades et vu par l'oculiste de l'hôpital, y demeura six mois. Il présente au cours de sa convalescence des troubles de l'humeur : à l'hôpital même, il a un voisin qui lui fait des grimaces, alors il brise des vitres. Après son départ il ne retourne pas à l'école, il s'est aperçu qu'il se fatiguait vite à la lecture, que cela lui donnait mal à la tête, alors qu'avant sa maladie il faisait des progrès rapides et faciles. Essaie de travailler dans les brosses, cela lui plaisait ; il fabrique des quantités de brosses, mais, il se figure qu'on le vole, il demande son compte et s'en va. Travaille à faire des ailes d'auto, puis devient menuisier, puis vend des escargots avec une tante, pour des futilités il quitte ses places. Il va à Berk pour un spina ventosa à 15 ans, il s'amuse « avec les petites infirmières, elles se laissaient peloter ». Rentre à Paris ; parfois lorsqu'il voit une femme il ne peut pas s'empêcher de « lui mettre la main aux fesses ». A diverses reprises il reçoit des gifles, même un coup de parapluie qui lui a laissé une grosse bosse au front. Parfois la femme ne proteste pas, mais il

n'ose pas lui parler et n'a jamais pratiqué le coït. Il vit avec sa mère et sa sœur, il s'emporte facilement avec elles, mais il les aime bien. Il devient insupportable. Il se laisse entraîner par un camarade, mauvais garnement, et fait tout ce que celui-ci lui ordonne. Ils volent ensemble des vases et une pendule aux étalages. Son camarade est arrêté, il dénonce D. H... Celui-ci est aussi emmené par la police, tous deux s'accusent réciproquement ; son beau-père vient chercher D. au commissariat. Il dérobe alors une locomotive, jouet électrique, au Bon Marché ; il est appréhendé par les inspecteurs du magasin, emmené au commissariat, est rendu à ses parents qui en prennent la responsabilité et promettent de le surveiller et de l'envoyer dans une maison de redressement. Il va à Grenoble au Sauvetage de l'Enfance. Est mis au travail chez des paysans. « On le fait mourir de faim, on lui fait manger des pommes de terre à cochons ». Il reste là-bas plusieurs mois, fait une fugue, se cache dans un four, mais ne sachant que faire il rentre spontanément. Est mis en cellule pendant quinze jours et renvoyé chez lui, accompagné d'un gardien.

Il fait des farces aux concierges de sa rue, il vole un chien et revend ce chien plusieurs fois de suite à diverses concierges. Cela entraîne entre elles des chicanes et des disputes. Enfin D. reçoit une bonne correction, ne se défend pas, ne se rebiffe pas, « il était même bête ». Les commerçants préfèrent le servir devant la porte qu'à l'intérieur parce qu'il est chipeur. Chez lui il y a un chantier où sont des chats avec leurs portées. Il n'aime pas ces « sales bêtes », il se plaît à prendre leur museau dans sa bouche et à les mordre, les animaux crient et le griffent au visage. Il se masturbe fré-

quemment mais fait des efforts pour se guérir de cette perversion.

On lui trouve une place de représentant dans une bijouterie. Il ne peut rester dans aucune place ; un employé de la mairie conseille de le faire voir au Dr Heuyer. Passe deux mois au Patronage Rollet, puis il est placé d'office à Sainte-Anne ; vient à Vaucluse.

Il est d'abord conservé à la Colonie d'enfants. Le Dr Simon le fait bientôt passer au service d'adultes avec la note suivante : « Séquelles d'encéphalite épidémique, turbulence, cris, taquineries ». Nous le voyons donc en octobre 1928. Il ne présente pas de troubles physiques bien considérables. Les réflexes sont vifs, les pupilles excentrées ne réagissent pas à l'accommodation, il existe un léger tremblement des mains mais pas de parkinsonisme.

Quelques signes de dégénérescence : palais ogival, front fuyant, crâne allongé, oreilles décollées et malformées. Arriération mentale et puérilisme, il se vante de savoir lire à l'envers, il veut être sage, sortir, trouver une amie et avoir beaucoup d'enfants. Se plaint encore d'asthénie, ne peut pas lire pendant longtemps, les notions scolaires sont peu développées. Il fait preuve de bonne volonté mais le sens moral paraît chez lui assez émoussé ; il raconte paisiblement toutes les sottises qu'il a commises, ne semble pas avoir de honte ; pourtant l'affectivité n'est pas éteinte, il est content des visites de sa mère : « Il y a des fois où je pleure, je pense à ma mère, si je pouvais l'aider un peu ». Il promet... il s'inquiète de son avenir, questionne sans aucune réserve, est familier comme un gamin. Il mange ses ongles. Au point de vue du travail pas beaucoup de régularité ; il est instable, a

quitté la cordonnerie parce que « c'est trop renfermé ». A essayé récemment de voler ses camarades de dortoir.

En somme les principaux caractères de notre malade sont : l'arriération mentale, le puérilisme, avec légère asthénie, le manque de volonté (il se laisse entraîner et suggestionner), les perversions qui consistent *en malignité impulsive* (Logre) (martyrise les animaux, taquine l'entourage), l'érotisme (masturbation, privautés avec des femmes inconnues), les vols et récidives, l'instabilité et le manque de réserve. Déséquilibre sentimental.

#### OBSERVATION XII

Père décédé suites de guerre, mère remariée.

Fils unique, C. R..., va à l'école jusqu'à 12 ans, n'a pas passé son certificat d'études primaires, il n'était pas assez fort.

Ne se battait pas avec ses camarades, on était content de lui.

Va à l'école des cordonniers, est bon ouvrier, il y reste 1 an 1/2.

Il rentre chez sa mère et travaille avec elle au ressemelage des chaussures, donne satisfaction, les clients sont nombreux. A une petite amie mais « ne couche pas avec elle ». A 17 ans en 1927, il présente brusquement des signes d'encéphalite, s'endort sur son travail, forte fièvre, quelques maux de tête. Il ne peut se lever le matin, transpiration abondante. Un client conseille à la mère de voir un médecin. C. R..., va à l'hôpital Broussais puis passe à la Salpêtrière. Pendant six mois il reste somnolent, a envie de dormir, on lui fait du

salicylate de soude. Dès cette époque il tremble déjà beaucoup. Se dispute avec les infirmiers mais n'a jamais levé la main sur personne, s'emporte pour des futilités. Il sort et retourne chez lui ; pendant six mois demeure avec sa mère et le mari de celle-ci. Alors commence une série de querelles entre C. R..., et son beau-père. Il prétend que celui-ci était jaloux de lui, qu'il était mal disposé envers lui parce qu'il ne travaillait pas. Devient susceptible et irritable. C. R..., veut défendre sa mère, il en vient aux violences, gifles et coups de poing à son beau-père qu'il envoie à terre. Pour éviter les disputes, il s'en va régulièrement de chez lui et fréquente les squares où il trouve des copains, des « cossards ». Ils vont au café, au cinéma, mais « il n'est pas coureur », « il a honte quand il voit les copains chahuter ». Il a des sous de sa mère. Les disputes à la maison ne font qu'augmenter et « c'est pour de bon », tandis qu'avec les camarades « c'est pour rigoler ».

On le place à Sainte-Anne, il est vu par le Dr Robin qui note : « Syndrome parkinsonien typique postencéphalitique, crises de colère avec violences, tendances aux fugues, incapable de se conduire normalement au dehors. »

Nous l'examinons à Vaucluse le 23 février 1929. Parkinsonisme évident. Il est mal disposé envers son beau-père qu'il accuse d'avoir voulu se débarrasser de lui et d'être tyrannique.

Bradyphrénie et dyspsychie ; à diverses reprises il déclare : « Attendez que je réfléchisse. » Puérilisme. « Il n'est pas bête, il saurait gagner sa vie, tout le monde l'aime bien. »

L'affectivité est certainement exagérée. Il plaint sa mère qui est battue par son beau-père. « Il n'a qu'elle au monde »,

demande à la revoir, est très affecté de voir ses lettres sans réponses, se demande si le travail de ses parents est satisfaisant, s'ils sont bien portants. Il s'inquiète de sa guérison future. S'indigne quand on fait allusion à des condamnations qu'il aurait pu subir, il a peur qu'on le croit fou, ne veut pas que ses camarades sachent qu'il est dans un asile. Son beau-père ne bénéficie pas de ses sentiments affectifs : « C'est un jaloux, un joueur et un mal élevé ». Il nous apprend qu'il avait désiré s'engager dans la marine. Peu après son arrivée il est mis au travail à la ferme, n'y rend aucun service, passe à la cordonnerie où il fait ce qu'il peut, il donne satisfaction bien que son rendement soit minime par le fait de son parkinsonisme. Il s'entend bien avec son chef d'atelier, il est affectueux envers ses infirmiers qui le trouvent sympathique; ne donne lieu à aucun reproche, quant aux « copains », « s'il les battaient il irait au quartier des agités, il préfère obtenir sa sortie ».

Donc, conduite irréprochable à l'asile, c'est encore un postencéphalitique pour qui le régime de l'internement est salubre mais dont la conduite au dehors serait sans doute très déréglée.

### 3<sup>e</sup> Vols, mendicité, grivèlerie.

#### OBSERVATION XIII

M. P., contracte l'encéphalite en 1918 à 18 ans alors qu'il est en service dans la marine de guerre. N'avait jamais eu de maladies graves antérieurement. Avait obtenu un brevet de mécanicien de 2<sup>e</sup> classe dans l'armée de mer. Ses études qui

avaient été satisfaisantes furent interrompues pendant la guerre à cause du départ de son père. Il est soigné à Nantes pendant la phase aiguë de sa maladie, on lui fait du cacodylate de soude à hautes doses et on lui prescrit de l'eau chloroformée. Il guérit, reprend son service, mais après une période de quelques mois où il ne semble pas avoir présenté de troubles, un syndrome parkinsonien apparaît, et bientôt il est réformé n° 1 avec pension de 100 %.

Les troubles parkinsoniens font des progrès, il est sans emploi ; à cette époque surviennent des troubles du caractère, il est irascible, il commence à avoir une vie désordonnée, prend des habitudes de débauche et de boisson. Sa mère qui est veuve depuis la guerre ne veut plus s'occuper de lui. De retour à Paris, il n'a plus aucun courage. Conscient de son état de déchéance physique et morale, récalcitrant, de mauvaise humeur, susceptible, il ne veut en faire qu'à sa tête, il est intraitable. A diverses reprises il se rebelle contre des agents de police et emploie la violence. Il fait le chanteur dans les cours, vit de mendicité et de grivèlerie, prétend recueillir jusqu'à 60 francs par jour.

Se fait arrêter en avril 1923, passe 37 jours à la Santé. Est examiné par le Dr Claude qui établit le certificat suivant : « Est atteint de maladie de Parkinson avec tremblement du côté droit, troubles graves de l'humeur et du caractère, instabilité, impulsivité, propension aux violences qui l'a conduit à de multiples condamnations pour rébellion et violences aux agents. En raison de ses tares biologiques et mentales, M.P..., ne peut être tenu pour responsable des actes qui lui sont reprochés. Du fait de ces réactions de nature à troubler l'ordre public et la sécurité des personnes, il doit être placé dans

un établissement spécial d'aliénés pour y être traité. »

Il vient pour la première fois à Vaucluse. Il y reste plus d'un an, tentative d'évasion. Il avoue qu'il aimait courir les femmes et qu'il était bien reçu parce qu'il avait de l'argent. Le Dr Mignard note le cynisme et l'amoralité de M. P... Son facies est figé. Il est impossible de lui faire accomplir un travail régulier. En novembre 1926, on tente de lui rendre sa liberté en le confiant à l'Assistance aux blessés nerveux. Mais à peine est-il libéré qu'il se sauve et recommence la vie qu'il menait auparavant.

Il fait encore de la prison puis se lie avec une jeune veuve avec qui il demeure plusieurs mois, ils décident même de se marier. Mais sur ces entrefaites, M. se fait arrêter à nouveau pour rébellion et coups aux agents.

Il arrive à Vaucluse en janvier 1928 avec le certificat suivant du Dr Rogues de Fursac. « M. P..., présente un syndrome perkinsonien consécutif à une encéphalite, avec altération profonde du sens moral et troubles du caractère : instabilité, mendicité, irritabilité, impulsivité, violences, colères furieuses. Sujet inadaptable à toute vie sociale normale. Déjà interné, il y a lieu de le maintenir dans un asile d'aliénés.

Nous l'examinons le 20 février 1298. Il présente une hypertonie généralisée avec gros tremblement, de la lenteur de la parole, des troubles de la marche, une gêne très marquée des mouvements automatiques, état général plutôt défectueux. Il manifeste quelque méfiance : « C'est la police qui veut se débarrasser de lui, on a voulu l'empêcher de se marier. » Il n'a pas d'affaiblissement psychique réel mais de la bradyphrénie. L'affectivité est paradoxale, il manifeste

des sentiments affligés au souvenir de sa mère qui s'est remariée et ne veut plus le voir, il semble être réellement attaché à la jeune veuve qui vient le visiter. Ce qui l'irrite c'est qu'on ait pu penser qu'il n'était pas malade et qu'on l'ait traité de simulateur, il demande souvent sa sortie et à être dans un quartier de travailleurs. Il s'emporte fréquemment, est intolérant, revêche, agressif. Tente de s'évader, se dispute avec un surveillant au cours d'une visite; propos grossiers, tentatives de coups. Ne peut être employé à rien. Son amie qui de son côté réclame sa sortie prétend qu'il était de bonne conduite et qu'il faisait tout ce qu'il pouvait pour être agréable. A l'asile met le désordre partout où il passe, il comploté avec d'autres malades pour tenter une évasion, et dans la nuit, au mois de juin 1928, il tente de s'évader, en chemise, avec deux camarades, dont le malade R. L... (observation suivante). Il est aussitôt rattrapé. Le Dr Genil-Perrin demande alors son transfert au quartier des aliénés difficiles de l'asile de Villejuif en indiquant: « malade infernal sous des apparences doucereuses » récidiviste de tentatives d'évasion, a réussi à s'évader en chemise la nuit, après complot. »

#### OBSERVATION XIV

R. L... contracte l'encéphalite à 26 ans en 1924. Jusqu'alors n'avait pas présenté de troubles marqués du caractère. Avait fait son service militaire. On ne note pas d'antécédents psychopathiques personnels, ni de tares héréditaires chez les ascendants. Présente de la fièvre, de la somnolence, s'endort n'importe où invinciblement.

Travaillait aux champs. Bientôt il abandonne ses occupations, n'a plus de courage, il vient à la ville mais ne peut effectuer un travail suivi : des manifestations de parkinsonisme se produisent ; rigidité, tremblement, puis des réactions bizarres et inattendues de la part de R. L. qui s'était toujours conduit normalement ; il commet des vols absurdes dont il ne tire aucun profit. Ces actes sont à rapprocher de ceux qui surviennent au cours d'un état d'excitation hypomaniaque, ce sont des actes désordonnés, absolument désintéressés. Etant donnée l'incohérence de sa conduite, il n'y a même pas d'inculpation. R. est envoyé à l'infirmerie spéciale du dépôt. Il est examiné par le Docteur de Clérambault qui note : « Ralentissement de l'idéation. Diminution de l'attention au travail. Décisions immotivées, voire absurdes (démissions sans motif) Série de larcins. Courte préméditation mais imprudence ou inutilité. Etourdissements et vertiges depuis 1924.

Est vu ensuite à Sainte-Anne par le Docteur Robin puis par le Docteur Targowla : il présente alors du tremblement de la tête et des doigts, une certaine dysarthrie atypique, le regard fixe, des préoccupations hypochondriaques. Il est transféré à l'asile de Vaucluse en octobre 1926. Nous le voyons en mai 1927. Depuis son arrivée R. a déjà fait plusieurs tentatives d'évasion infructueuses. On a essayé de l'occuper au potager mais il a été impossible de l'y conserver, a été réintégré dans un quartier d'agités. Il manifeste une anxiété assez vive : « Est-ce qu'il va guérir, il n'est pas fou, il voudrait s'en aller. » Nous notons chez lui un état subconfusionnel, une sorte d'égarement, la mémoire est assez troublée et ces symptômes sont surajoutés à la bradyphrénie ;

en somme, léger obscurcissement de la conscience, obtusion intellectuelle, le malade se plaint d'ailleurs souvent d'absences et de vertiges, il prétend que lors des réactions qui l'ont amené ici il ne savait pas ce qu'il faisait, il se demande encore pourquoi il a volé et nous assure de sa bonne volonté et de ses bons sentiments : « Je ne suis pas méchant, vous verrez, je me conduirai bien. » Tachyphemie et palilalie, hypersalivation.

A chaque visite, il nous interpelle soit pour nous demander sa sortie, soit pour nous entretenir de ses préoccupations nosophobiques, soit pour nous remettre des poésies qu'il prétend avoir composées mais qui ne sont en réalité que des réminiscences. Il est importun au plus haut point, agaçant les infirmiers et les malades, turbulent, s'excitant parfois pour des causes futiles. Il cherche des prosélytes et des complices parmi son entourage. C'est avec le malade M. P... (obs. XIII), et un alcoolique chronique qu'il complotte en vue d'une évasion. Une nuit, en juin 1928, il aide ses deux acolytes dans leur tentative de fuite, mais lui-même, moins dégourdi, n'a pas le temps de se sauver ; décontenancé par l'arrivée des infirmiers il dénonce inconsciemment les évadeurs. M. P... gêné par son ralentissement parkinsonien est rattrapé immédiatement. Nous constatons donc à nouveau le manque de réflexion et l'obtusion de R. qui ne pense pas à protéger la fuite de ses camarades, il avoue tout sur-le-champ et donne toutes précisions sur les préparatifs et l'exécution de la tentative. Le malade insupportable tant par sa turbulence, ses récriminations continuelles, son sans-gêne importun que par sa manie de prosélytisme, est transféré au quartier des aliénés difficiles de Villejuif avec la note sui-

vante du docteur Genil-Perrin : « Sujet dangereux, indisciplinable, déjà signalé comme susceptible d'évasion. A favorisé la tentative d'évasion des malades M. et G en attachant à son lit le drap à l'aide duquel ils sont sortis par la fenêtre. Devait aussi s'évader. Complot constamment avec des malades du même acabit.

#### OBSERVATION XV

Parents bien portants, 1 frère 22 ans, sans tare ni maladie, R. P... contracte l'encéphalite en 1920 à l'âge de 16 ans alors qu'il était déjà bachelier (sciences-langues vivantes).

Avait jusqu'alors présenté une conduite absolument normale. Il reste plus d'un mois dans un état de somnolence continue, fièvre et maux de tête. Il guérit et reprend ses occupations. Nous le voyons ensuite changer plusieurs fois de situation, est clerc de notaire, puis est employé à Lyon, ensuite aux Sables d'Olonne, est surnuméraire des Postes, enfin travaille dans les bureaux des chemins de fer d'A.L.A fait son service militaire mais déjà à cette époque présente des troubles physiques et psychiques qui l'ont fait réformer n° 2. Les manifestations psychiques semblent avoir débuté par des troubles du caractère : indiscipline, agitation, grossièretés, violences, perversions sexuelles. Puis un détournement de 4.000 francs pendant son surnumérariat le signale à l'attention, il est alors interné, après non-lieu, à l'asile de Ruffach où il demeure 2 mois. Il sort, l'agitation persiste il est à nouveau placé à Ruffach pendant un an. Rendu à la liberté, il est incapable de gagner sa vie ; bientôt apparaissent des idées de grandeur avec hallucinations. Il

faut le réinterner. Il passe à Sainte-Anne. Le docteur Lamache note : Psychose atypique secondaire à une encéphalite épidémique. Hallucinations auditives, visuelles, olfactives. Délire fantastique avec mégalomanie. Incohérence. Parkinsonisme postencéphalitique.

Nous le voyons à Vaucluse le 28 novembre 1928. C'est un parkinsonien : hypertonie généralisée et tremblement. Signe de la roue dentée. Pupilles irrégulières en myosis, état général médiocre.

Au point de vue mental, bradyphrénie, sans affaiblissement démentiel. Est capable d'une conversation prolongée et raisonnable, mais si nous l'engageons sur le scotome délirant nous avons l'impression d'un syndrome hébéphrénique, délire polymorphe avec idées d'influence : est en communication avec les étoiles, son encéphalite est le signe de sa grandeur future, troubles cénesthésiques avec interprétations. Hallucinations auditives (voix de femmes) délire mégalomane de filiation, avec fausses reconnaissances, explications philosophiques saugrenues. Dès son arrivée, il a pris à parti le médecin-chef : grossièretés, il prétend qu'il avait envie de « taper dessus », il en avait « reçu l'ordre ». L'indifférence paraît absolue, le sens moral est profondément touché. Ses internements successifs prouvent qu'il est inintimidable. D'ailleurs il est impossible de le conserver à cause du désordre qu'il sème, et de son excitation impulsive, dans un quartier ordinaire. C'est un candidat au service spécial de Villejuif, il y est transféré le 4 décembre 1928.

OBSERVATION XVI

H. P... entre à Vaucluse le 28 avril 1928 à l'âge de 17 ans, avec le certificat suivant du D<sup>r</sup> de Clérambault : Troubles du caractère postencéphalitiques. Fugues. Vols. Malignité. Paresse et indiscipline : plusieurs placements par patronage sans succès, paraît peu adaptable. Dangereux, actuellement en liberté. Acrocyanose, moiteur, tremblement lingual. Signe de la roue dentée à gauche.

Père bien portant, mère bien portante, séparés depuis 1923.

Une sœur plus jeune, pas d'aliénés dans la famille.

Pas de maladie sérieuse avant son encéphalite. A l'école, a travaillé assez bien, conduite raisonnable, obtient son certificat d'étude primaire à 13 ans 1/2. Devient apprenti maçon puis quitte la Normandie, vient à Paris en 1924. Travaille environ 8 jours chez un doreur argenteur, est incommodé par l'odeur des produits employés. Son patron le fait examiner par un médecin. A cette époque H. ressent comme des courants électriques dans le corps et présente des secousses brèves et par crises. Il a 14 ans : on le mène à l'hôpital des Enfants-Malades. Vertiges, bourdonnements d'oreille élévation thermique à 39°. Il commence alors à présenter un état de somnolence persistant et du délire avec hallucinations olfactives : sent une odeur d'essence. D'après les dires de la mère, demeure trois mois sans proférer une parole, est inerte. Il faut le faire manger, le soigner comme un bébé. L'amélioration se produit mais H. reste encore 3 mois à l'hôpital.

Sort à cette époque, mais présente encore un état de confusion qui lui fait dire qu'il ne savait pas ce qu'il faisait, qu'il avait en partie oublié ses souvenirs d'enfance, que la lecture, l'écriture, le calcul lui étaient pénibles. Sa mère a voulu le reprendre trop tôt, alors qu'il n'était pas guéri. C'est pour cela qu'il a fait des bêtises. « Elle veut qu'il se repose. Reste seul, se promène. Puis est envoyé chez sa grand'mère à Rouen. Il y reste à peine deux jours, prend le train sans billet et revient à Paris, descend à contre voie et profite de la présence d'un chantier de réparation dans la gare pour passer inaperçu. Voyage à nouveau sans billet jusqu'à Crépy en Valois d'où on le renvoie avec un peu d'argent. De retour à Paris va chez une amie de sa mère qui prévient celle-ci. Est ensuite conduit à V. chez des tantes, mais au bout de 8 jours il se sauve en emportant une bicyclette qu'il ne rapporte pas au marchand, il prétend l'avoir perdue par la suite. Revenu chez l'amie de sa mère, il est remmené à V. Là il reste un mois sans donner lieu à aucun reproche mais les désordres se reproduisent bientôt. Intrigué par un coffret qu'il voit constamment chez ses tantes, il s'en empare et satisfait sa curiosité. Ne parvenant pas à l'ouvrir, il se sauve avec dans la campagne et là le défonce et y trouve des papiers et de l'argent en particulier des pièces d'argent de un franc et de cinq francs. Il brûle les papiers qui sont des valeurs importantes.

« Il ne savait pas ce qu'il faisait, c'était plus fort que lui. » Se rend au pays voisin, s'achète des friandises, des raisins, du nougat. Pour une pièce de 5 francs en argent, un fruitier lui offre 25 francs en billets. Il ne veut rien se refuser et l'envie lui prend de s'acheter un petit revolver.

L'armurier s'inquiète en voyant entre les mains de H. des pièces d'argent assez nombreuses et de l'achat de l'arme par un enfant, d'autant plus que celui-ci demandait un nombre exagéré de cartouches. Il prie donc H. d'attendre un instant tandis qu'il prévient la gendarmerie voisine, et le fait arrêter.

Pour vagabondage, il fait un mois à la prison Saint-Pierre, est jugé à Versailles ; le tribunal décide de le placer dans un patronage. Le patronage Rollet l'envoie dans les Vosges où il reste deux ans 1/2. Grâce à sa meilleure conduite il obtient en 1927 sa libération. Semble s'être amendé, se conduit bien mais est pris de malaises. Travaille à Paris chez un boulanger, fait des livraisons se dispute pourtant de temps en temps avec la demoiselle de la boutique « qui était une vieille fille », rapporte sa paie. Il tombe à la suite de vertiges. Sa mère le conduit à la clinique du Docteur Heuyer au patronage Rollet. Est reconnu atteint d'encéphalite épidémique chronique, demeure un mois en observation et passe à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Examiné à Vaucluse le 5 mai 1928, nous notons une certaine irritabilité. S'il s'emporte c'est parce qu'on lui dit des injures, c'est parce qu'on se moque de lui. Raconte complaisamment les aventures qui lui sont arrivées sans en rien cacher, il n'est en effet jamais en contradiction avec les dires de sa mère et répète : « Je n'étais pas entièrement guéri, je ne savais pas ce que je faisais. » Les facultés intellectuelles paraissent intactes, nous ne constatons aucun trouble de la mémoire ni de l'attention, pas de ralentissement psychique. Au point de vue neurologique, pas de troubles appréciables, les réflexes sont un peu vifs, les pupilles en mydriase, pas

de troubles de la marche ni de l'équilibre ; léger tremblement de la langue, pas de parkinsonisme.

Mis au travail au fleuriste immédiatement après l'établissement du certificat de quinzaine, H. s'occupe et n'est l'objet d'aucun reproche ; travaille régulièrement sans impatience. Depuis un an n'a interrompu son travail que 2 fois pour des troubles dus à des vers intestinaux qui ont été constatés. L'amélioration persiste, semble se consolider.

En avril 1919, H. qui est toujours au fleuriste est absolument conscient de sa situation. On ne peut prévoir quelle sera sa conduite au dehors mais peut-être pourra-t-on prochainement tenter de lui rendre sa liberté.

H. a donc présenté sous l'influence de l'encéphalite (et rien n'autorise à penser qu'il ne les présente plus) de profondes modifications du caractère et de la conduite. Nous n'avons relevé dans son histoire presque aucun trouble neurologique, à part quelques myoclonies au début de la maladie et quelques vertiges tardifs. H. n'a eu aucune perturbation physique sérieuse, les manifestations morbides ont surtout porté sur le psychisme et particulièrement sur la sphère affective et les sentiments éthiques. Nous le voyons devenir susceptible et irritable, irréflechi et impulsif. Les réactions pathologiques qui expriment l'état morbide de ces tendances sont des *fugues avec délits* (infractions à la police des chemins de fer, vols d'argent, de bicyclette).

Actuellement H. qui travaille normalement et ne présente aucun trouble physique ni mental conserve certainement comme reliquat unique de son encéphalite des troubles latents du sens moral et du caractère qui certes se manifesteraient dans des conditions favorables au dehors en présence de tentations et d'occasions.

OBSERVATION XVII

G. C... entre à 17 ans le 12 juillet 1929 à l'asile de Vaucluse avec le certificat suivant du Dr Logre : Troubles du caractère postencéphalitiques. Instabilité, impulsivité, brutalité, érotisme, tendance aux vols. inconscience de l'état morbide, indifférence, léger tremblement lingual et digital. Abolition des réflexes de l'accommodation; parésie du droit interne gauche. Nystagmus. Vient du patronage de l'enfance. Essais de réadaptation sociale inefficaces.

*Antécédents héréditaires.* — Parents bien portants, pas d'aliénés dans la famille. 1 frère et 1 sœur bien portants. La sœur a 19 ans et travaille dans une filature où elle dirige des apprenties. Le frère a 12 ans, va à l'école, étudie bien, le maître est très content de lui.

*Antécédents personnels.* — Jusqu'à 6 ans est resté chez lui, faisait les commissions, n'allait pas à l'école, ses parents n'avaient pas eu d'ennuis avec lui, était affectueux et aimé des siens. A six ans contracte l'encéphalite; pendant trois mois il dort le jour, se réveille le soir, s'agite, délire, présente des maux de tête. Après sa maladie il est mis à l'école; savait déjà un peu lire et compter, il apprend à écrire mais il met du désordre dans la classe, il est taquin, il cache les affaires des camarades. Se tient dans le 15<sup>e</sup> rang sur 25 élèves. « L'instituteur classait premiers ceux qui étaient bien avec lui. » Il est puni souvent parce qu'il est distrait, parle pendant les cours, lance des boulettes, lâche des hannetons... Recommence plusieurs classes mais ne parvient pas à se présenter au C. E. P. Quitte l'école à 15 ans et se met com-

missionnaire à la gare. Il y est environ 1 mois 1/2. Il vole de temps en temps des fruits dans les jardins. Est placé comme apprenti maréchal-ferrant, c'est à ce moment qu'il tente de voler dans un tiroir caisse Il avait les clés dans la main quand on est arrivé ; prétend qu'il ne voulait pas prendre beaucoup d'argent. Présente de l'érotisme, aime à embrasser, se masturbe environ une fois par jour ou se fait masturber par des filles, pratique le coït avec une femme dans un bois, puis va avec l'amie d'un oncle. Se dispute avec ses camarades et se livre à des violences. A la suite de sa tentative de vol, le commissaire de Cray le fait envoyer à Vesoul, il est jugé, est acquitté à cause de sa maladie. Le tribunal décide de le placer au patronage Rollet à Paris. Reste environ 4 mois au Patronage, profite de ce qu'on le mène pour ses dents à l'hôpital de Vaugirard pour se sauver, va à la gare de Lyon s'engager comme plongeur dans un wagon-restaurant, mais au départ du train on l'invite à descendre parce qu'il n'est pas en règle : le chef cuisinier fait du scandale, un agent vient chercher G. et l'emmène au commissariat, de là il retourne au patronage. Deux ou trois jours plus tard est conduit au dépôt où il reste en cellule deux jours, est vu par le docteur Logre qui l'envoie à Sainte-Anne.

Nous l'examinons à Vacluse, le 20 juillet 1929. Nous notons une certaine puérilité du jugement ; est peu réfléchi, l'arriération scolaire est évidente bien qu'il sache lire, écrire et compter. L'attention est facilement détournée. Ses sentiments affectifs obnubilés au moment des réactions ne sont pourtant pas entièrement éteints ; aujourd'hui qu'il n'a aucune tentation il comprend la peine de ses parents, il demande à les voir, il leur a d'ailleurs écrit récemment. Il

déplore qu'ils aient dû payer un avocat pour le défendre lors de sa comparution devant le tribunal, c'est avec joie qu'il retournerait parmi les siens. Au cours de l'examen nous nous rendons compte de son manque du sens des convenances ; il déplace ce qu'il trouve sur le bureau, questionne sans aucune réserve, il s'emporte dès qu'on lui rappelle son aventure avec le commissaire qui l'a fait placer, il profère des menaces vis-à-vis de celui-ci, « s'il le retrouve jamais il lui enverra trois ou quatre bons coups de poing » il s'indigne, il s'irrite de la conduite que ce commissaire aurait eu vis-à-vis de lui. Il lui aurait intimé de se tenir tranquille en lui présentant son revolver ; nous remarquons la susceptibilité où apparaît chez ce débile de 16 ans une vanité non déguisée.

Les signes physiques sont minimes. G. se plaint encore de maux de tête fréquents ; en le faisant regarder à gauche on obtient du nystagmus. Les réflexes pupillaires sont abolis, il y a un léger tremblement mais pas de raideur ni de ralentissement des mouvements.

En somme à la suite de son encéphalite survenue de bonne heure, à l'âge de 6 ans, G. a présenté de la difficulté à l'étude et au développement intellectuel, ce qui en fait actuellement un arriéré scolaire et mental. Les troubles du caractère qui persistent sont constitués par de la vanité, de la susceptibilité, de la tendance aux taquineries, de l'affaiblissement du sens des convenances. Il est distrait, dissipé, instable, vindicatif. Les réactions présentées sont des vols et tentatives de vols, des violences et l'évasion du patronage. Il est érotique et se livre à la masturbation. Son affectivité est paradoxale, en désaccord apparent avec sa conduite.

OBSERVATION XVIII

R. T... contracte l'encéphalite à l'âge de 18 ans en 1922. Auparavant, aucune maladie grave ni aucun trouble notable de la conduite. Avait étudié le dessin et obtenu des résultats très satisfaisants ; pas d'antécédents dans la famille. En 1922, hypersomnie diurne, insomnie nocturne, troubles de la vue. Au cours de la convalescence commence à présenter des troubles de l'humeur ; il s'emporte facilement, cela n'attire pas l'attention. Il part faire son service militaire : c'est au régiment qu'on note les premières manifestations morbides, il s'endort en faction à diverses reprises et subit de nombreuses punitions, se rebelle contre ses supérieurs, bref, fait en tout deux mois de prison. Il rentre dans la vie civile et cherche une occupation, il ne peut rester nulle part quoiqu'il n'ait rien perdu de ses capacités professionnelles. Condamnation pour tentative de vol. Est emmené au commissariat après avoir donné une gifle à une femme. Mène une vie extrêmement désordonnée : fugues, violences, vols, menaces. Blesse sa mère au cours d'une dispute. Il est placé à l'asile de Clermont, y reste peu de temps. Il cherche du travail, mais commet à nouveau une sottise : il tente de dérober le sac à main d'une passante ; il dira plus tard qu'il ne sait pas « ce qu'il pensait » lorsqu'il se rendit coupable de cet acte. Cette tentative, exécutée sans précaution et sans prudence, le conduit devant la justice. Il y a non-lieu à la suite de l'expertise du Dr Truelle qui indique : « L'inculpé est un malade atteint d'encéphalite épidémique avec libération pathologique des instincts et impulsivité dangereuse. » D'ailleurs les signes physiques ne permettent aucun doute :

« Il a de la rigidité musculaire, de la diplopie épisodique, du nystagmus, la parole est lente et pénible. »

Il est donc dirigé sur Sainte-Anne et nous le voyons à Vaucluse le 26 août 1927.

Nous reconnaissons en lui un parkinsonien typique avec tremblement et ralentissement des mouvements, hypertonie, bradyphrénie.

Malgré cet état physique défectueux, T. R..., qui est dessinateur de métier, n'a rien perdu de son talent. Il se fait un plaisir enfantin à exécuter devant nous des croquis qui nous semblent révéler beaucoup de sûreté de main et de justesse. Il est puéril mais intelligent, familier comme les enfants, un peu sans gêne, il cherche à se rendre sympathique et il l'est. Il a une conscience très nette de son état maladif, il ne s'explique pas à lui-même ses désordres passés, paraît être dans de bonnes dispositions : pourtant il ne semble pas apprécier la gravité des faits commis ; peut-être est-ce parce qu'il se sait malade et très étourdi. Il s'inquiète de son avenir, dit qu'il n'a pas eu de chance, qu'il aurait voulu toujours bien travailler.

Il n'oublie pas sa famille et se conduit correctement les quelques jours qu'il passe avec nous.

En septembre, il est transféré à Clermont.

#### **4<sup>o</sup> Indiscipline et rébellion.**

##### **OBSERVATION XIX**

P. L... entre au service d'adultes de l'asile de Vaucluse, le 7 juillet 1925, à l'âge de 15 ans, venant de la colonie d'enfants.

A été atteint d'encéphalite épidémique 3 ans auparavant.

Présente actuellement des troubles sérieux du caractère.

La mère déclare que son fils n'était pas ainsi avant sa maladie. Transporté à l'hôpital, n'a pas pu y être conservé à cause de sa turbulence et de ses impulsions.

Nous le voyons à Vaucluse en mai 1927. Pas de signes physiques appréciables. Légère obnubilation intellectuelle rappelant l'état mental des épileptiques. Les troubles du caractère se manifestent par une indiscipline continuelle, ne peut être conservé que quelques jours dans un quartier de travailleurs, s'irrite constamment sans raison, frappe les malades et les infirmiers, profère des menaces de mort vis-à-vis du personnel. Sa présence qui était dangereuse dans un service hospitalier l'est encore dans un service ordinaire d'asile. Paraît inintimidable et inaffectif.

Est transféré dans le service des aliénés difficiles de Villejuif, le 23 octobre 1927.

#### OBSERVATION XX

H. G..., parents séparés, le père ne s'est jamais occupé de lui. S'est bien comporté jusqu'à l'âge de 10 ans, époque où il a contracté l'encéphalite. Présente quelques stigmates dégénératifs.

En 1922, à 10 ans, il est soigné par plusieurs docteurs dont le Dr Roussel qui nous a écrit et nous confirme le diagnostic d'encéphalite épidémique. Ultérieurement est retourné en classe, a pu passer son brevet simple, mais des troubles du caractère apparaissent bientôt. D'après les renseignements de la mère, l'état de H. G... va en s'aggravant. Il commet de plus

en plus d'excentricités. Est vendeur à Nice, devient indiscipliné et irritable, puis se laisse aller à des actes délictueux : vols, tentatives sexuelles. Sa mère le fait examiner à nouveau par les médecins. On le change de contrée, mais ses dispositions ne se modifient pas, il est impossible à la mère de lui faire entendre raison, il fait des fugues, se rebelle contre quiconque essaie de le remettre dans la bonne voie. Il fait « mille sottises », puis un jour disparaît sans prévenir personne, va à Lyon, de là à Paris et vient trouver son père qu'il connaît à peine ; celui-ci ne le reçoit pas. Il trouve un emploi dans des bureaux, ensuite fait le porteur aux Halles, puis se met à vagabonder et finalement est emmené au Dépôt après être passé par le patronage Rollet.

Le Docteur de Clérambault note à son sujet : « Anesthésie morale, assurance morbide, combativité, ironie, mésintelligence familiale. Insociabilité foncière, instabilité. »

Nous le voyons à Vaucluse en juillet 1928 : les troubles physiques sont absents, l'intelligence ne semble aucunement touchée ni bradyphrénie, ni arriération scolaire ou mentale, il est satisfait de lui-même, il dénigre ses parents, il tient tête et discute, il ne veut pas faire n'importe quoi parce que ses études lui permettent d'avoir des ambitions. Il est vaniteux et cette vanité l'empêche de se plier à toute discipline, il récrimine.

Chez lui, la conscience morale paraît très obscurcie ; quant aux sentiments familiaux ils sont totalement abolis. Mis à diverses reprises à des occupations différentes il n'y est jamais resté plus de quelques jours, est inadaptable, s'absente de son travail à chaque instant sans autorisation, incapable de s'attacher à une besogne, il ne songe qu'à

mettre le désordre, doit être maintenu au quartier des agités.

En octobre 1928 est transféré à Saint-Pons.

#### OBSERVATION XXI

D. P. entre au service d'adultes de l'asile le 30 octobre 1928 à l'âge de 15 ans avec le diagnostic suivant du Dr Simon : Séquelles d'encéphalite épidémique, turbulence, taquinerie ; est la cause d'ennuis constants pour les enfants de l'« infirmerie plus faibles que lui ».

*Antécédents héréditaires.* — Parents bien portants. Aucun membre de la famille n'est aliéné. Un frère bien portant.

*Antécédents personnels.* — Pas de maladie grave jusqu'à l'âge de 6 ans. Allait à l'école maternelle où il avait bien appris. En 1920, à 6 ans est atteint de maux de tête et de somnolence et soigné par le Dr Netter qui pratique une ponction lombaire et fait le diagnostic d'encéphalite épidémique. Le sommeil survient au bout de 4 jours, et, pendant 5 semaines, D. P. demeure dans un état léthargique qui lui permet pourtant d'entendre les questions qu'on lui adresse. Au cours de ces troubles présente un état délirant avec frayeurs, visions de morts ; le Dr Netter lui fait un abcès de fixation et administre de l'urotropine. La convalescence se produit le laissant comme engourdi puis apparaît de la diplopie. A cette époque les parents remarquent des modifications du caractère persistantes et un embonpoint étrange ; ultérieurement cette obésité disparaît et fait place à un état d'amaigrissement.

Le 7 février le Dr Netter établit le certificat suivant : « Je certifie avoir donné mes soins depuis le mois de décembre

1920 à l'enfant D. P. pour une encéphalite léthargique. Après une amélioration très marquée qui avait pu faire croire à une guérison, l'enfant a été repris de troubles mentaux graves consistant surtout en impulsions à s'enfuir de la classe, du domicile. Il est absolument impossible que cet enfant soit soumis à domicile ou dans une école à une surveillance suffisante et il me paraît indispensable de le placer dans un établissement spécial ».

Il est conduit chez le Dr Claude et vient à la Colonie de Vaucluse où il reste quelques mois. Court après les enfants du quartier qu'il veut tous embrasser. Va passer quelque temps chez une dame infirmière mais celle-ci ne s'occupe pas assez de sa surveillance. « Elle se saoulait, elle dormait l'après-midi ». Il saute par dessus le mur et s'absente sans autorisation, est repris par ses parents qui le font soigner dans un dispensaire; puis ils essaient de le mettre à l'école, le maître ne peut pas le tolérer, il est insupportable, met le désordre dans la classe. Ils lui apprennent donc ce qu'ils peuvent chez eux mais D. P. est très distrait, turbulent, sans cesse prêt à partir. Est placé à Yvetôt dans une école de perfectionnement et doit faire l'apprentissage de la menuiserie. Mais il quitte l'atelier ne fait aucun progrès, va se cacher pendant les heures de travail, se dispute, est intolérant et se bat avec ceux qui l'ennuient. Sa mère prétend qu'il n'est pas violent mais qu'il est très susceptible, qu'il ne peut supporter qu'on l'appelle fou ni qu'on le provoque. Il ne demeure donc pas en apprentissage, rentre chez lui mais ne peut y rester non plus longtemps. Ses parents n'osent pas le laisser sortir seul; ils se sont aperçus qu'il manque de volonté et se laisserait entraîner. Il est turbu-

lent, d'humeur taquine, aime à faire des farces et à se moquer, n'est pas foncièrement méchant, est plutôt contrariant, d'esprit enfantin : son père le gronde parce qu'il a contracté le tic de tapoter partout avec les doigts : il est agaçant et importun par ses questions continuelles, dans la journée s'absente de chez lui et va n'importe où faire la conversation avec des personnes inconnues qu'il interpelle ; demande constamment à sortir. Ses parents ne pouvant le conserver à la maison dans ces conditions le placent à nouveau dans les asiles. Revient à Vaucluse avec le certificat suivant du D<sup>r</sup> Roubinovitch.

« Est atteint de déséquilibre mental avec troubles neuropsychiques consécutifs à une encéphalite léthargique survenue en 1920. Forte instabilité, alternatives d'excitation et de dépression, tendances à des violences, touchant à tout, mettant du désordre partout. Déjà placé à l'asile de Vaucluse, doit y être réintégré . »

Reste plusieurs mois à la Colonie d'enfants mais comme il ne cesse de taquiner et d'exciter ses camarades doit être transféré prématurément au service d'adultes. Là il présente des périodes d'excitation intermittentes, il se fait remarquer à la visite par son assiduité à interpeller le médecin-chef, se dispute avec ses voisins de lit pourtant beaucoup plus âgés. Actuellement 7 juin 1929 le caractère ne s'est pas modifié. D. P. a été isolé dans une cellule afin qu'il ne puisse plus importuner ses voisins mais il s'ennuie, semble déprimé, a peur demourir depuis qu'il a assisté à un décès dans un quartier d'agités. Il ne veut pas faire part de ses craintes à sa mère parce que « ça lui fouterait le cafard ». Donc malgré ses tendances à taquiner, à contrarier, D. P. tient à ne pas

affliger sa mère, parfois inquiet, il se montre parfois insouciant et rieur. Nous pouvons au cours de l'examen constater sa nature instable, dès son arrivée à l'infirmerie où nous l'examinons, il interpelle des malades inconnus ou qu'il croit connaître, avec un sans-gêne caractéristique et une inconscience complète des formes de politesse. Au cours de l'interrogatoire se lève sans demander d'autorisation, va à la fenêtre puis à la porte, touche à tout sans aucune retenue, parle avec effronterie ; il y a chez lui perte entière de la réserve instinctive que l'on éprouve en face des étrangers et des nouveautés, est familier avec tous, se sent à l'aise partout, prend un crayon sur le bureau et griffonne son nom et ses initiales, donne libre cours à son sans-gêne et à sa curiosité. Nous notons surtout un état mental distrait avec tendance à la fuite des idées ; depuis sa maladie ses progrès scolaires ont été peu importants. Il sait lire, écrire, compter mais conserve une puérilité particulière du jugement qui ne cadre pas avec son âge réel. Son caractère taquin apparaît au moment où nous prenons son pouls, il remue avec intention le bras en manière de plaisanterie ou bien il parle ironiquement de s'évader. Physiquement on constate une certaine rigidité au niveau du cou et peut-être de la face, dès qu'il est devant nous et qu'il ne s'observe pas, se met à tapoter sur la table, ou à nettoyer son nez avec ses doigts, tendance très nette à se mouvoir, remue les doigts et les jambes, reste difficilement immobile quelques instants. L'état général est assez bon ; pourtant les yeux sont creux, l'adiposité ancienne a complètement disparu, tendance actuelle à la maigreur.

Pouls : 120. Les réflexes sont un peu vifs. On trouve

une inégalité pupillaire : gauche plus grande que droite. Les pupilles sont en myosis. Les réflexes photomoteur et accomodateur sont à peine ébauchés. La diplopie persiste dans la vision un peu rapprochée, à moins de 40 centimètres. Un point intéressant à noter est la non-apparition de la deuxième dentition. La motilité est normale sauf pour le cou ; D. P. paraît être atteint de torticolis, le rire est grimaçant.

L'examen du liquide céphalo-rachidien a donné : albumine 0,40, lymphocytes, 4.

En résumé, D. P. se présente comme un enfant chez qui l'atteinte d'encéphalite a profondément modifié le caractère, semble avoir acquis des tendances cyclothymiques assez bien caractérisées, ne présente pas d'affaiblissement psychique véritable mais des troubles de l'attention ; la volonté est affaiblie, ne sait pas se modérer et est suggestible, l'affectivité semble assez bien conservée. Il est capable de sentiments tendres mais est devenu taquin et susceptible démontrant par là une sorte de tendance à la diminution de ses sentiments altruistes et à l'exagération de ses sentiments égoïstes ; il se laisse aller facilement à des violences, est impulsif, instable, présente le tic de tapoter partout, importun au plus haut degré, ayant perdu toute réserve et toute modération vis-à-vis de son entourage.

#### OBSERVATION XXII

B. R... Nous voyons B. pour la première fois le 20 mars 1929 à son arrivée à Vaucluse. Le certificat de placement du Dr Courtois indique : « Est atteint d'encéphalite épidémique

chronique évolutive. Troubles de l'humeur du caractère et du comportement social. Fugues, vols, violences, instabilité. Arrêt du développement intellectuel, connaissances scolaires difficilement acquises et réduites. Parkinsonisme prédominant à droite, tics, salivation. Inégalité pupillaire légère (droite +). Réflexes tendineux vifs à gauche, masqués à droite par l'hypertonie. B. W. —. Glycorrachie : 0,69 ‰. Déjà interné deux ans à Perray-Vaucluse. L'état chronique de B. rend nécessaire, en l'absence d'établissement libre spécial son internement dans un asile d'aliénés.

*Antécédents héréditaires.* — Père et mère bien portants. Rien à noter dans la famille.

*Antécédents personnels.* — Fils unique. A partir de 3 ans est mis à l'école maternelle. Contracte l'encéphalite épidémique à 6 ans en 1920. Savait alors déjà un peu lire, écrire et compter. Le début est subit, par agitation nocturne, il perd ses urines ce qui ne lui arrivait plus depuis longtemps. Un médecin l'examine. Les huit jours suivants il dort constamment. Il faut le faire manger, la température est élevée. A son réveil présente de l'amaurose suivie de double vue.

Puis une période d'insomnie de 3 mois succède que n'influencent pas toutes sortes d'hypnotiques, on est obligé de l'attacher à son lit.

Sa mère remarque de la maladroïsses dans ses mouvements, il échappe parfois sa cuiller ou son verre, des maux de tête surviennent puis des modifications du caractère.

Est mis en pension à Maisons-Alfort, y reste pendant deux ans mais n'apprend rien, se bat avec ses camarades. A huit ans entre à l'école communale, il y fait des progrès pénibles ; sa maladie l'empêche de faire comme ses cousins et cousines

qui se présentent à l'examen du C. E. P. Son instruction ne progresse donc pas comme ses débuts scolaires, antérieurs à l'encéphalite, l'auraient pu faire espérer. Il y a un retard pédagogique manifeste. Se dispute avec des camarades qui le provoquent, en particulier quand ils lui disent qu'il est fou, il se bat ; d'après les dires de sa mère se croit tout permis parce qu'il a un grand-père député ; se laisse maintenant facilement entraîner, ne sait pas résister aux suggestions de ses camarades.

Ces modifications inquiètent beaucoup la mère qui déclare : « C'est donc une maladie qui enlève les bons sentiments et ne laisse que les mauvais. » Depuis sa maladie B. a pris l'habitude de manger ses ongles quand il s'ennuie. Est souvent en but aux moqueries, devient méfiant, est antipathique à ses camarades à cause de son intolérance et de sa susceptibilité. Met du désordre en classe en claquant des doigts. Est fréquemment puni et doit « faire des lignes ». Incapable de se présenter au certificat d'études primaires. A 13 ans apparaît la rigidité, presque subitement, plus récemment est survenu le tremblement. Sa mère remarque qu'il devient cachottier ; tendance morbide aux mensonges en général pour des raisons futiles. « Il raconte souvent des blagues ». Vole 5 francs à sa grand'mère pour acheter des bonbons.

Est mis en apprentissage chez un serrurier, il s'en va à diverses reprises de son travail, sans prévenir son patron, celui-ci le congédie. Son père essaie alors de le faire travailler avec lui. Il reçoit des gifles « qu'il n'a pas volées », ne cesse pas de mentir et de s'emporter, devient indocile, récalcitrant, les troubles physiques ne s'améliorent pas.

Est vu par le Dr Heuyer, entre au patronage Rollet, mais

les autres enfants ne sont pas de son idée, « ils sont chrétiens », « il y en a des grands mais qui ne lui font pas peur » il s'agite, se livre à des violences.

Passé à l'infirmerie spéciale du dépôt où le Dr de Clérambault établit le certificat suivant : « 17 décembre 1926. Troubles psychiques post-encéphalitiques. Instabilité, malignité, turbulence. Fugues. Vols. Conscience partielle de la maladie. Raideur relative. Attitude penchée du cou. » Est placé d'office et dirigé sur la colonie de Vaucluse, y demeure environ deux ans, se conduit assez bien, aide le personnel infirmier si bien que le 6 août 1928 le Dr Simon indique : « Troubles du caractère et de la conduite consécutifs à une atteinte d'encéphalite léthargique, conserve une attitude figée et la même incapacité à se diriger, mais il est actuellement calme, facile à surveiller et peut être rendu à sa mère qui désire le reprendre. » Son père tente à nouveau de lui apprendre la peinture, cela le fatigue, il est très distrait, sa mère déclare qu'il n'a aucun goût pour un travail qu'on lui impose mais qu'il arrive à se tirer très bien d'une besogne de son goût. Ses parents ont une grande peine à le surveiller. Il s'en va l'après-midi de chez lui et se rend au cinéma. A la manie de cracher constamment quand il est au dehors. De vient de plus en plus insupportable, indiscipliné, rebelle, indocile. Après six mois de surveillance difficile et de tracasseries, ses parents décident de le replacer. Il revient à Vaucluse en placement volontaire.

Il a 16 ans ; nous l'examinons au mois de mars 1929. Il a conscience de son état maladif et par suite s'excuse en partie les désordres qu'il a commis. Le sens moral est très émoussé, il sourit de ses « blagues » plutôt qu'il ne les regrette et

déclare que c'est « plus fort que lui ». Indifférence affective vis-à-vis des siens, inquiétude au sujet de sa santé. « Pourvu qu'il guérisse de cette maladie là. »

Est incapable de s'occuper à quoi que ce soit, essentiellement distrait, turbulent, importun, posant des questions niaises, intempestives, sans aucune gêne ni réserve. Présente des tics multiples, siffle, claque sa langue, ronge ses ongles. La parole, qui est lente et difficile, devient parfois explosive, d'ailleurs B... parle peu, il faut l'y pousser, pour qu'il soutienne la conversation. Au point de vue intellectuel, puérilité évidente des idées. ne pense qu'à s'amuser, à taquiner ; l'instruction est rudimentaire, sait lire, écrire, compter, mais n'a aucun goût au travail, les notions scolaires sont réduites, comprend tout ce qu'on lui dit, est capable de réflexion mais est paresseux et inattentif. Ce n'est pas un arriéré, il semble avoir des capacités intactes, mais c'est l'énergie de les faire valoir qui paraît absente, il n'a pas la maturité d'esprit de son âge, il lit correctement et sans peine, la mémoire est normale, ralentissement psychique.

Il est atteint d'un syndrome parkinsonien caractérisé par l'attitude soudée du cou et du tronc, de l'hypersialorrhée, de la lenteur dans les mouvements et la parole, la fixité du regard, une hypertonie légère prédominant à droite, du tremblement généralisé avec instabilité faciale et linguale. Le facies est inexpressif, bave et projette de la salive quand il parle ; si B. veut sourire, son visage devient grimaçant ; ses lèvres s'allongent et se relèvent démesurément. L'état général est plutôt médiocre ; teint anémique et état de maigreur. Les réflexes sont vifs. Les pupilles en mydriase réagissent, mais peu, à la lumière et à l'accommodation. La

motilité est très défectueuse, des troubles de la vue persistent ; vue trouble et tendance invincible, par crises, à regarder en l'air. Est enclin à l'inertie, à la somnolence, à la conservation des attitudes. Léger état grippal. Pouls : 110.

Depuis son entrée à l'asile demeure incapable de rendre aucun service, est alité à l'infirmerie, se dispute avec ses voisins de lit, est grossier, impoli, traite de vieux fou un maniaque de 45 ans qui plaisante ironiquement, lui réclame des journaux qu'il lui a prêtés, se dispute, en vient aux violences ; les infirmiers doivent intervenir. S'irrite et s'emporte parce qu'un voisin pervers R. l'accuse de pédérastie. Celui-ci prétend qu'il l'a attendu deux fois aux cabinets pour se livrer sur lui à un coït buccal et anal. Les renseignements obtenus par la mère et par les infirmiers ne permettent pas de vérifier que B. ait jamais présenté cette perversion sexuelle. Au contraire l'étude des antécédents de R... nous révèle qu'il s'est déjà rendu coupable d'accusations calomnieuses génitales au patronage Rollet, prétend encore qu'un surveillant s'est livré sur lui au coït anal et, pour agrémenter son récit, insinue que ce surveillant lui avait offert des bonbons pour obtenir son silence ; il fait ainsi preuve d'hétéro-accusations génitales avec mythomanie.

Revu en avril, B. ne présente aucune modification ni des signes psychiques, ni des signes physiques, est toujours susceptible, irritable, intolérant, taquin et agressif, importune assidûment l'entourage. La ponction lombaire donne les résultats suivants : albumine 0,40, lymphocytes 0,6.

Les principales modifications survenues chez B... à la suite de l'encéphalite épidémique sont donc des troubles profonds du caractère, devient instable et suggestible, indocile, est

insupportable en classe et quitte son travail en apprentissage. Retenons la mythomanie, la tendance aux taquineries, le sans-gêne, la susceptibilité et l'impulsivité, quelques menus vols dus à l'affaiblissement des facultés de résistance aux tentations. Les divers autres troubles psychiques se résument en inaffectivité, turbulence, tics ; claque des doigts, fait claquer sa langue, crache, siffle, mange ses ongles. On ne peut pas parler d'affaiblissement intellectuel mais plutôt d'un retard dans le progrès de l'instruction et de la mentalité ; l'attention est certainement la plus touchée parmi les facultés intellectuelles, B. est essentiellement distrait sans suite dans les idées. Nous retrouvons chez lui l'association de la bradyphrénie au syndrome parkinsonien.

### 5<sup>o</sup> Mensonges et mythomanie.

#### OBSERVATION XXIII

K. L. est entré à l'asile à 19 ans, le 3 juin 1923 avec le certificat suivant D<sup>r</sup> Ceillier : « Perversions instinctives relevant soit de dégénérescence mentale, soit d'une encéphalite épidémique dont il aurait été atteint à l'âge de 11 ans

Instabilité prononcée, nombreuses fugues, désertion, mythomanie, pathominie, incapacité de se soumettre aux exigences de la vie en société. Il était en état de démence au moment de l'action et doit être tenu pour irresponsable. Mais étant incapable de se comporter correctement et pouvant troubler l'ordre public ou la sécurité des personnes, il doit être interné dans un asile d'aliénés.

*Antécédents héréditaires.* — Parents divorcés alors que l'enfant n'avait qu'un an, et remariés tous les deux. Personne dans la famille n'a été dans les asiles.

*Antécédents personnels.* — Fils unique, originaire de Haguenau, a été élevé chez sa mère. Allait à l'école depuis l'âge de 6 ans. Est toujours dans les premiers, obtient des prix, l'instituteur l'aime bien, donne satisfaction à tous. A 11 ans, au baptême de son cousin, il s'endort brusquement au cours du repas, puis il s'endort constamment dans les jours qui suivent. Il a oublié en partie ce qui s'est passé à ce moment, le curé vient souvent le voir et veut le confesser mais son esprit est absent ; délire fréquemment surtout la nuit, a des frayeurs nocturnes, voit des revenants, des formes blanches, il appelle sa mère constamment. Les renseignements que nous recevons de sa mère nous apprennent qu'il a eu tout à coup, en 1921, comme la maladie du sommeil, avec paralysies et que le médecin avait diagnostiqué une inflammation cérébrale. Ultérieurement les parents remarquèrent que leur fils *n'était plus le même*. Cette affection qui est une atteinte d'encéphalite épidémique dure plusieurs mois. K... reste toujours couché, ne s'occupe à rien. Après sa maladie il s'aperçoit lui-même qu'il ne sait plus calculer aussi bien, il ne le peut plus ; à l'école l'instituteur remarque des difficultés sérieuses dans les opérations de calcul ; le travail intellectuel le fatigue vite, la lecture ne l'intéresse plus, il ne pense qu'à une chose, à s'amuser ; ses camarades se moquent de lui parce qu'il est très lent à faire une multiplication. Quand il s'est levé a présenté des vertiges qui n'ont pas duré. Va en classe jusqu'à l'âge de 13 ans mais ne fait pas de progrès. Tout ce qu'il sait, il l'a appris avant sa ma-

ladie, c'est lui-même qui le dit, se fatigue rapidement à l'étude.

Il n'avait pas encore appris la division au moment de sa maladie et il n'a jamais pu y arriver depuis, les acquisitions scolaires ont donc été minimales. A cette époque, n'est plus attentif; l'instituteur sait qu'il a eu l'encéphalite et ne lui fait aucun reproche. Il présente des crises simulées, il se laisse tomber, remue les bras et les jambes et ne répond pas quand on lui parle, pourtant n'a jamais vu encore de véritables crises, il fait cela pour sortir de la classe où il s'ennuie. Il renverse les bancs, casse les encriers, jette les ardoises; l'instituteur le fait sortir et le fait soigner par les sœurs. Ne peut pas être présenté à l'examen de fin d'études primaires. Il fait alors de nombreuses fugues, part à Mulhouse, à Strasbourg, puis de Nancy à Paris à pied, toujours en simulant des crises de nerfs. Va chez une tante qui le renvoie. Revenu chez lui, il n'y reste pas encore; sa mère pleure, cela lui fait de la peine, mais il oublie vite, « il faut » qu'il voyage; il prend un billet pour Mulhouse, dépasse Mulhouse et va à Dijon; le contrôleur du train le fait descendre, il n'a qu'une amende, que ses parents ont payée. Emmené à la gendarmerie, il fait une crise et est relâché immédiatement. Renouvelle ses crises à Dijon; ainsi, il gagne de l'argent et part à Avignon, puis à Marseille. Se fait arrêter pour vagabondage, demeure en prévention pendant le mois de juillet 1925, passe en jugement et est placé chez un curé qui le traite de « boche »; il ne peut supporter cela, va s'engager dans la légion étrangère, est dirigé sur le Maroc. Il a seize ans, reste au Maroc un an, fait la guerre contre les Riffains. Son bataillon est attaqué à Boudenib; blessure à la cuisse, est soigné à Casablanca par

une infirmière qui est alsacienne et qui dévoile son jeune âge.

Il est envoyé à Oran, puis à Sidi-bel-Abès où il doit faire de l'exercice. Il s'est engagé pour 5 ans, mais il en a assez, il déserte. Est arrêté, mis en prison; un capitaine pris de pitié rembourse sa prime, son jugement est annulé. il est renvoyé chez lui à Haguenau. Ne reste qu'un mois chez lui, il s'engage à Saverne dans la marine, d'accord avec ses parents. Est dirigé sur Toulon, il a 17 ans, 8 jours après il monte à bord du « Rhin », bateau-école. Il y demeure trois mois mai, juin, juillet 1927, contracte une blennorragie et va à l'hôpital. Le 14 juillet, il oublie de rentrer le soir, alors il déserte. Il rôde 1 mois à Toulon, un mois 1/2 à Marseille, 2 jours à Lyon où on l'arrête au moment où il exécute une crise pour gagner de l'argent. Est mis en cellule à bord du « Rhin », puis à la prison militaire. Le Dr Hesnard l'examine dans sa cellule ; passe en conseil de guerre, fait six mois de prison en tout. A sa sortie de prison, il est réformé après avoir été à nouveau examiné à l'hôpital par le Dr Hesnard.

C'est à l'hôpital de Toulon qu'il a l'occasion d'observer des crises d'épilepsie authentiques.

Après sa réforme, rentre à Haguenau. Reproches de ses parents; il les comprend mais il se sauve à nouveau à Nancy. Il vit avec une jeune femme de 22 ans, il la nourrit en faisant des crises. Ils partent à Sézannes où ils travaillent tous deux dans une lunetterie. S'aperçoit bientôt que son amie est enceinte depuis une époque antérieure à leur rencontre. Il la quitte brusquement, gagne de l'argent au moyen de ses crises et part pour Paris emportant un vêtement de gymnaste qu'on lui avait confié. Il est arrêté à son hôtel par des ins-

pecteurs de police. Dans l'intervalle couche avec une femme qui lui communique blennorragie et vérole. Est remis à la justice de Reims, reste en prison pendant deux ou trois jours, passe en correctionnelle mais, pendant la séance du jugement, fait une crise de nerfs, il n'est condamné qu'à quelques jours de prison, il sort. Il simule des attaques épileptiques dans la ville, gagne des sous et rentre à Paris. De là, va à Lyon, Mulhouse, puis à Haguenau, ses parents ne veulent plus le revoir. Il vagabonde à Haguenau. Présentait alors un chancre persistant qu'il ne se décidait pas à faire examiner et soigner. Il va enfin à l'hôpital d'Haguenau, on le garde, il est opéré de phimosis dû au chancre, puis traité contre la syphilis, en novembre et décembre 1928. Pendant quatre semaines travaille aux moteurs Peugeot, il part avec sa paye à Strasbourg, passe à Nancy, Metz et dans plusieurs villes, revient à Paris. C'est là qu'il se fait arrêter parce qu'il fait des crises tous les cinquante mètres et que son stratagème est démasqué, passe à la Petite Rouquette trois semaines, il est examiné par le Dr Ceillier et arrive à Sainte Anne.

Nous l'examinons à Vaucluse en juin 1929. Physiquement nous ne notons aucun trouble appréciable. L'examen du liquide céphalo-rachidien donne 0,40 d'albumine et 11 lymphocytes, mais cette réaction semble être en rapport avec la syphilis contractée récemment. Le Wassermann est positif. K. L. juge sainement sa situation, il n'a pas de débilité mentale vraie, mais une arriération scolaire manifeste, il n'a jamais pu apprendre à effectuer une division, cela est dû surtout à son instabilité, à sa paresse, à son inattention à l'étude, plutôt qu'à une arriération mentale. Nous retrouvons encore

chez lui le déséquilibre affectif paradoxal que nous avons déjà noté chez d'autres, déséquilibre qui le laisse insensible au cours de ses réactions perverses et lui inspire en d'autres circonstances des sentiments d'affection à l'égard de son entourage et de ses parents. Le sentiment même de sa dignité n'est pas atteint puisqu'il se défend avec véhémence d'avoir jamais volé et d'avoir eu de mauvaises mœurs. Il ne veut pas que sa mère lui envoie des colis parce qu'elle se priverait elle-même pour le faire. Nous retrouvons aussi une certaine susceptibilité, il s'irrite, on ne doit pas l'insulter, il est intolérable qu'on l'appelle « chaudepisse ».

Du fait de son encéphalite K... a présenté des modifications profondes dans sa manière d'être et de se conduire, les faits les plus frappants sont constitués par l'instabilité extrême qui l'entraîne aux désertions et aux changements incessants de situation, et par la mythomanie qui s'exprime curieusement chez lui par la pathomimie; il simule des crises d'épilepsie, inspire la pitié aux spectateurs qu'il filoute; il arrive aussi par ce moyen à tromper les gendarmes et la justice, il est paresseux, irritable et présente un manque absolu du sens des convenances.

## **6° Perversions sexuelles et attentats aux mœurs.**

### **OBSERVATION XXIV**

E. G..., veuve, entre le 25 mai 1929 à 28 ans à l'asile de Vaucluse avec le certificat suivant du Dr Dublineau : Est atteinte de dépression, idées actives de suicide et tendances perverses

d'origine vraisemblablement encéphalitique. Dépression, inertie, subanxiété intermittente. Crainte d'incurabilité. Idées de suicide constamment formulées, remords des tendances organiques apparues avec les premiers troubles. Erotisme. Insatisfaction. Modification du sens moral à type déficitaire. Début des troubles en mai 1928, somnolence, crises de larmes. Accouchement aux forceps trois mois auparavant. Parkinsonisme. Faciès figé. Tremblement, pupilles paresseuses. Troubles de la convergence et nystagmus bilatéral. Exagération des réflexes tendineux avec trépidation épileptoïde liée sans doute à un mal de Pott de l'enfance (cicatrice d'abcès froid iliaque gauche). hyperhydrose. L. C. R. normal. Incapacité actuelle de subvenir à ses besoins. Tentative de strangulation hier dans le service. Anxiété actuelle. L'état mental nécessite l'internement dans un asile d'aliénés.

*Antécédents héréditaires.* — Parents bien portants. Un oncle aurait été interné et y serait encore, présente paraît-il, des troubles de la parole ; 3 frères et 1 sœur bien portants.

*Antécédents personnels.* — A été à l'école jusqu'à treize ans, mais irrégulièrement à cause d'un mal de Pott survenu à 6 ans.

Elle est restée 4 ans sans fréquenter la classe, a pourtant toujours été dans les premières, la maîtresse était très contente d'elle. Obtient son certificat d'études à 13 ans avec 29 points.

Entre en apprentissage dans la couture, reste 4 ans chez la même couturière, passe son diplôme de coupe et obtient la médaille d'or à l'école professionnelle de Paris. Dès qu'elle est en possession de son diplôme elle s'installe à son compte dans les Pyrénées-Orientales, elle a 19 ans. Se met au tra-

vail, gagne sa vie jusqu'à 21 ans et va habiter Perpignan chez des sœurs.

Se place chez une couturière pendant 3 ans. Jusqu'alors n'avait jamais eu de maladies. Elle contracte à cette époque en 1924 une grippe sérieuse. Elle est très fatiguée, sommeille dans la journée, a de la fièvre ; cette épisode fébrile passe, la malade guérit mais elle remarque un mois après pendant la convalescence que sa vue est trouble et qu'elle voit double ; cela lui aurait duré trois jours. Elle ne remarque rien d'autre, reste chez ses parents et se marie à 27 ans. Son mari était coiffeur à Paris, elle vient demeurer avec lui aux Lilas. A un enfant 9 mois après. L'accouchement est très douloureux. On prend les fers à cause du bassin cyphotique. Le mari meurt 15 jours avant la naissance de l'enfant d'une laryngite tuberculeuse. Crise de larme chez la femme en grossesse.

Demeure ensuite chez sa sœur avec son enfant. A cette époque sa mère lui reproche de se lever trop tard, d'être paresseuse. Nouvelle crise de larmes. S'aperçoit alors elle-même qu'elle est comme soudée, que son regard est fixe, on lui avait trouvé le regard hagard au cours de sa grossesse. Dès ce moment G. E. s'affecte énormément ; sa mère ne veut plus emmailloter son enfant et cela l'afflige, le courage lui manque pour le travail. Sa sœur la fait partir dans le midi. Arrivée dans le midi elle est totalement anéantie, des idées de suicide tourmentent la malade ; le tremblement apparaît, elle ne peut plus rien faire, essaie de confectionner des costumes mais vainement ; ses parents la sermonnent, elle réplique mais ne s'agite pas ; un médecin lui donne une potion qui l'aurait excitée. C'est alors qu'elle commence à se masturber.

Son père la ramène à Paris en 1928 et va consulter le Dr Toulouse chez qui le médecin du pays lui aurait conseillé d'aller. Admise à l'hôpital Henri Rousselle, en septembre, y reste 4 mois ; on lui fait des traitements assez sérieux.

Retourne chez sa sœur qui la force à travailler. Celle-ci tient un bar et un hôtel, elle lui fait nettoyer la salle et faire des ouvrages de ménage et de couture. Elle pense à se jeter par la fenêtre mais a peur de ne pas se tuer ; sa mère l'en empêche, alors elle absorbe de la teinture d'iode.

Retourne voir le Dr Toulouse qui lui prescrit des piqûres. Rencontre un jeune homme de 25 ans, atteint aussi d'encéphalite ; elle ne sait pas son nom, elle va chez lui, se donne à lui. Le lendemain, prise de remords elle se rend à l'hôpital Henri Roussel, avoue ses habitudes de masturbation qui la tourmentent et l'inquiètent, demande qu'on la guérisse. Elle est placée volontairement.

Prise de remords de s'être donnée, voyant d'autre part qu'elle ne s'améliore pas, anxieuse au sujet de son indifférence à l'égard de son enfant ; décidée à mettre fin à ses jours, essaie de s'étrangler avec la ceinture de son peignoir, mais se libère elle-même au bout de 20 minutes. Examinée à Vacluse le 26 mai 1929, nous la trouvons anxieuse, préoccupée de craintes imaginaires ; elle a peur d'être enceinte, elle a ses règles mais pour elle cela n'est pas une raison. Elle sait qu'on peut avoir ses règles et être enceinte.

Elle se reproche amèrement de s'être donnée au voyageur de commerce qu'elle a rencontrée dernièrement au Service de Prophylaxie Mentale. Elle s'inquiète de savoir si elle guérira. « Est-ce que son regard restera toujours fixe?... est-ce que sa mémoire reviendra?... Est-ce qu'elle pourra à nouveau

aimer les siens ?... Est-ce qu'elle pourra se débarrasser de cette idée de masturbation dont elle est atteinte et qui la pourchasse continuellement ?.. »

Elle est très communicative au sujet de ses inquiétudes, semble avoir renoncé à ses tentatives de suicide, l'espoir de guérison est en partie revenu. Elle espère qu'on trouvera un remède à sa maladie.

Au point de vue intellectuel la bradyphrénie est manifeste, après une question posée elle semble réfléchir, puis répond correctement, suivant son idée logiquement sans s'inquiéter du retard de sa réaction. Nous trouvons la mémoire de fixation assez touchée ; la malade s'en plaint elle-même ; quand elle a lu quelque chose, elle est incapable de le répéter et de se le rappeler ; le jugement est sain, il n'y a pas de délire. Physiquement la malade se présente comme une parkinsonienne. La rigidité porte surtout sur le segment supérieur du corps la face, le cou, le tronc ; le tremblement est généralisé, de faible amplitude ; les mouvements ralentis, la parole est lente mais non dysarthrique. L'état général est bon bien que la malade ait maigri. Pouls : 108. R. O. C. = 76. L. C R. album. 0,22, lymphocytes = 0. Les pupilles sont normales, pas de paralysies oculaires, les réflexes sont plutôt exagérés. A signaler la trépidation épileptoïde bilatérale, conséquence du Mal de Pott survenu dans l'enfance. La malade a la sensation de tête vide et se plaint de n'être pas solide sur ses jambes. Bouffées de chaleur et moiteur des téguments.

Depuis son entrée G. E... se comporte comme la plupart de nos postencéphalitiques. Le premier jour elle nous avait déjà remis une lettre relatant une partie de sa vie. Presque à chaque visite elle nous en remet une où elle signale les

moindres troubles qu'elle a ressentis et ses inquiétudes multiples, ses impulsions à la masturbation la tourmentent beaucoup. « Guérira-t-elle ? a-t-elle l'encéphalite ? ses pensées d'autrefois reviendront-elles ? » Il semble bien qu'elle présente des idées fixes de masturbation, elle en souffre, elle lutte contre ces idées, puisque dans ses lettres elle se félicite parfois d'y avoir résisté pendant un mois et demi dans le service du Dr Toulouse ; l'obsession d'être privée des caresses de son mari défunt est associée à ces idées. Elle est anxieuse de constater ces tendances qu'elle n'avait pas avant car « elle était très à cheval sur les questions impures » Des idées hypocondriaques l'assaillent parfois par bouffées ; elle doit partir de la poitrine, demande qu'on l'ausculte, elle crache, elle ne veut pas finir ses jours dans un asile, elle a des pertes blanches, demande des injections, des piqûres. Elle est très frappée de voir qu'elle se désintéresse de sa famille et de son enfant, elle souffre de ne plus savoir pleurer. Elle « n'a plus ni foi ni loi, elle est revenue à l'état animal ». Elle ne se sent pas de reconnaissance pour personne et cela l'afflige, elle s'inquiète de savoir si la masturbation peut avoir une fâcheuse influence sur le cerveau. A chaque visite, elle voudrait tout nous dire de ce qu'elle a senti et pensé, mais sa mémoire de fixation ne le lui permettant pas, elle cherche ses idées qui ne viennent que difficilement et nous remet les quelques pages qui suppléent à ses facultés de fixation. Aujourd'hui 4 juin 1929, la malade avoue s'être masturbée encore dans la nuit car elle ne peut le faire pendant le jour, elle se plaint d'une grande lassitude et de n'avoir aucun goût au travail. « Guérira-t-elle ? Est-ce que ce sera long ? »

La recherche du R. O. C. avec l'appareil du Docteur Roubinovitch la trouble intensément : le tremblement s'accroît, elle a peur qu'on la rende aveugle.

Nous sommes donc en présence d'une jeune femme absolument normale jusqu'à l'âge de 24 ans. Il est probable que cette grippe dont elle parle fut une atteinte d'encéphalite épidémique. Pendant plusieurs années, jusqu'à 27 ans, elle traverse l'intervalle non troublé ; elle fait la connaissance d'un jeune homme au bord de la mer, elle se marie et la grossesse qui survient semble déclencher chez elle les premières manifestations tardives de l'encéphalite. Ajoutons à cette cause une émotion profonde produite par la mort du mari 15 jours avant l'accouchement et 8 mois après le mariage et qui certes peut avoir eu une influence sur l'état mental de G. E... Les troubles psychiques débutent à peu près à la même époque que les troubles physiques ; pourtant il semble bien que l'on ait noté une certaine fixité du regard pendant la grossesse. La malade a 28 ans ; des phénomènes de dépression surviennent qui modifient entièrement l'état mental constitutionnel de G. E... ; des tentatives de suicide se produisent, la malade devient une neurasthénique, continuellement assaillie de craintes nosophobiques et de l'obsession de se masturber. Au point de vue intellectuel, nous ne notons rien d'autre que la bradyphrénie et des troubles assez marqués à la mémoire de fixation. Nous voyons chez elle cette assiduité à questionner et à retenir le médecin et l'entourage sans souci de la gêne causée. Nous connaissons bien ce caractère importun des post-encéphalitiques. Elle est calme, ne s'emporte jamais, elle présente un déséquilibre affectif évident, indifférente à tout ce qui n'a pas trait à ses préoccupations nosophobiques (perte

des sentiments de sympathie et même de ceux de dignité) elle est hyperémotive et vit dans un état d'inquiétude permanente. Les perversions apparues se résument en somme en impulsions incessantes à la masturbation et en l'érotisme. Elle est obsédée par la privation des caresses de son mari et se donne à un inconnu. Elle a remarqué elle-même son indifférence vis-à-vis de sa famille et de son enfant ; elle s'en inquiète, demande si elle pourra un jour aimer à nouveau son petit ; l'instinct maternel lui-même paraît être, chez elle, profondément troublé.

#### OBSERVATION XXV

C. A., entre à 18 ans, le 12 juillet, 1929 dans le service avec le certificat suivant du Dr de Clérambault : « Débilité et perversité acquises suites d'encéphalite épidémique. Incurie, oisiveté, amoralité spécialement sexuelle avec subexcitation épisodique et tendances impulsives. Masturbation en public, exhibitionnisme voulu ou inconscient, poursuite des femmes et des fillettes privautés, vols, raideur, bouche entr'ouverte, salivation, parole lente, scandée, nasonnée, anamnèse de narcolepsie et de crises palpébrales. Turbulence, indocilité, irritabilité et instabilité déjà signalées lors d'un internement (1924). Sorti à condition d'être emmené en province. »

Pas d'antécédents héréditaires. Deux sœurs bien portantes.

*Antécédents personnels.* — A été à l'école jusqu'à 12 ans, était toujours dans les premiers de sa classe où il y avait une trentaine d'élèves. Était affectueux et avait une conduite irréprochable. Contracte l'encéphalite à 12 ans : sommeil presque continu pendant 8 jours, frayeurs nocturnes, vue double pen-

dant 15 jours à 3 semaines, perd sa salive. Depuis cette époque son sommeil est très troublé, a souvent des cauchemars ; est agité la nuit. Un an après, ses parents essaient de le remettre à l'école mais il ne peut plus étudier. Le tremblement et l'attitude soudée qui sont apparus depuis le début des troubles persistent. Il est très taquin, il n'a plus d'idée au travail, n'a pas été présenté au C. E. P. Lui qui n'avait jamais eu de punitions en subit maintenant fréquemment. Il essaie d'apprendre le métier de menuisier, mais c'est trop difficile pour lui. Il ne reste pas plus de quinze jours chez son patron. Se dispute souvent avec ses parents, parce qu'il veut conduire l'autode son père. Colères fréquentes ; son père « lui cherche chicane » sa mère « est plus gentille ». Ils ne veulent pas le laisser aller avec les jeunes filles, ni avec sa cousine de 8 ans qu'il avait embrassée mais avec qui il n'avait « pas fait de mal » ; cela l'irrite, on se moque de lui dans le pays, on lui jette de l'eau, « on le barbouille d'huile », c'est peut-être parce qu'on le voit courir après les femmes ; l'idée d'aller avec les femmes le pousse à voler, d'abord chez un oncle (200 à 300 fr.), puis chez un épicier (5 à 6 fr. dans le tiroir-caisse). quelques francs à n'importe qui. Est corrigé sévèrement par son père qui l'emmène à Sainte-Anne. Est soigné par le Dr Robin pendant 21 jours par des piqûres intraveineuses. Il sort et continue à faire des sottises ; aide son père qui est marchand de bière en Maine-et-Loire, fait des livraisons, mais la plupart du temps demeure oisif, court après les femmes, il s'exhibe à elles, est réprimandé, on lui jette des pots d'eau « s'il avait eu les femmes qu'il désirait, il ne serait pas malade ». Pratique le coït sur des vaches et des juments parce qu'il ne peut pas trouver de

femmes ; il les caresse, « il est malin, il choisit celles qui ne sont pas méchantes », il est obligé de monter sur une caisse. Est surpris à plusieurs reprises ; il entrait dans les fermes et allait aux étables et aux écuries. Avoue qu'avant sa maladie, il se masturbait déjà avec ses camarades dans les cours des fermes. Vient dans la banlieue parisienne à l'âge de 16 ans, il provoque à nouveau des ennuis à ses parents par ses vols, d'ailleurs futiles (quelques francs aux commerçants, des bonbons qu'il donne aux filles). Fréquente les maisons de femmes mais ne vas pas avec les pensionnaires. Il pelote les femmes sur les marchés où il est vendeur de légumes, se masturbe devant une voisine. Il fréquente, mais sans coucher avec elle, une jeune personne qu'il traite de « putin », celle-ci le renvoie, il y a dispute, à plusieurs reprises il se livre à des violences vis-à-vis d'elle, enfin la police le fait passer à l'infirmerie spéciale du dépôt.

Nous l'examinons le 16 juillet 1949 ; nous nous trouvons en présence d'un parkinsonien postencéphalitique. Au point de vue mental, peu de troubles, une certaine difficulté de l'attention due à la tendance au sommeil mais la mémoire est bonne, *il juge assez sainement sa situation*, bradyphrénie, mais pas de débilité mentale vraie. Sait lire, écrire, compter : la difficulté de la lecture et de l'écriture qu'il présentait à l'époque du début a disparu, de même les troubles de la mémoire qu'il avait constatés autrefois. Au point de vue affectif, désaccord complet entre les réactions perverses qu'il commet et les sentiments qu'il exprime. Il est désespéré d'être malade, de ne pas pouvoir travailler, est inquiet de sa santé, « est-ce qu'on va le guérir ? » demande à voir ses parents qu'il aimait bien, « il n'a pas de chance dans la vie »,

il pleure: « Si je pouvais travailler, je le ferais, tout le monde se moque de moi, c'est cela qui me donne du chagrin. » Vent voir son oncle qu'il aime bien. Tendance légère au délire, « c'est peut-être ses parents qui lui ont donné cette maladie-là pour le punir de courir après les jeunes filles ». La tendance au sommeil est très tenace, au cours d'une lecture C. A. s'arrête, semble s'endormir ; et cela plusieurs fois pendant l'examen. Turbulence, inconscience des convenances, touche à tout et questionne sans cesse.

Physiquement nous notons de gros troubles, attitude sou-dée, tremblement à larges secousses, ralentissement des mouvements, crises d'occlusion des paupières avec frémissement. Conservation des attitudes, s'arrête en écrivant son nom pendant un court intervalle puis il achève en disant qu'il « s'endort ».

Difficulté de la mastication. La parole est ralentie, parfois explosive, interrompue parfois par des sortes d'absences ou d'éclipses mentales ; vertiges fréquents « s'en va en arrière ou en avant » bâillements et hypersalivation.

Nous rencontrons chez C. A... des modifications profondes du caractère ; est devenu taquin, turbulent, inquiet, irritable, sans-gêne, familier avec tout le monde. Les principales réactions perverses sont de nature sexuelle : érotisme avec exhibitionnisme, tendances aux baisers et aux privautés avec des femmes inconnues, bestialité sur des juments et des vaches. Nous constatons aussi la tendance aux vols effectués dans un but sexuel. Ces manifestations s'accompagnent de bradyphrénie avec troubles légers de l'attention, des sortes d'éclipses de la conscience, de somnolence, de troubles persistants du sommeil nocturne, d'impulsivité avec conserva-

tion des sentiments altruistes vis-à-vis de ses parents et de son oncle qu'il aime tant et qu'il voudrait satisfaire en travaillant bien et en se conduisant correctement.

#### OBSERVATION XXVI

G. S..., entre à l'asile de Vaucluse en septembre 1926 à l'âge de 43 ans à la suite d'un non-lieu pour attentat aux mœurs. A eu un lupus en 1918.

En 1919 alors qu'il était encore mobilisé a contracté l'encéphalite épidémique. Peu à peu se sont installés un hémisyn-drome parkinsonien à gauche, puis des troubles du caractère et de la moralité. Était peintre en bâtiment ; il a dû interrompre bientôt toute occupation et a obtenu une pension militaire. Il contracte des habitudes alcooliques, boit de 2 à 3 litres de vin. devient oisif. Le 3 août 1926, alors qu'il était seul chez lui, sa femme étant en vacances, il pratique des attouchements sur une petite fille de 12 ans. Sur la dénonciation des voisins, il est arrêté. A la suite de l'expertise du Dr Rogues de Fursac, il y a non-lieu, et G. S... vient à Sainte-Anne. La note de l'expert indique : érotisme morbide, caractérisé par de l'excitation neuropsychique associée à une impuissance effective. Appoint alcoolique. Sujet dangereux pour les mœurs, doit être interné.

Nous le voyons à Vaucluse en mai 1927. Aspect figé, sans expression. Hémiparkinsonnisme gauche, réflexes exagérés, diminution de l'acuité visuelle à droite. Tremblement généralisé mais prédominant à gauche. Strabisme externe à droite. Bradyphrénie sans affaiblissement mental. Vertiges et parfois légère obnubilation intellectuelle, conscience mor-

bide. Il regrette son geste et ne sait pas sous quel mobile il a agi : « C'était le désœuvrement. » Il s'inquiète de sa femme et de sa sortie. Il ne peut se livrer à aucun travail régulier, manifeste de la bonne volonté ; passe à Ville-Evrard le 30 novembre 1927.

### I. — Instabilité et fugues.

Nous avons rencontré le caractère instable chez presque tous nos malades. Sur nos 26 observations, quatre malades en particulier sont intéressants à signaler au sujet de l'instabilité et des fugues, mais la plupart des autres ont accessoirement manifesté des tendances analogues en changeant constamment de places, en se sauvant de chez eux, en s'évadant des patronages ou des asiles, en voyageant sans cesse et sans raison.

Notre premier malade M. G... (obs. I) est un pervers constitutionnel, chez qui l'encéphalite est venue aggraver singulièrement les tendances morbides. Il vole une bicyclette afin de pouvoir fuir le ménage de son beau-père ; il change plusieurs fois de situation, ne se trouve bien nulle part ; essaie de faire de la comptabilité puis s'occupe d'imprimerie, est employé chez un banquier, entre dans la représentation, fait de la photographie, quitte son beau-père et retourne à la représentation en bijoux, il termine enfin sa carrière à la T. C. R. P.

Notre second malade B. L... (obs. II) se sauve de chez ses parents après avoir volé assez d'argent pour se distraire au dehors pendant plusieurs jours. Nous voyons chez lui apparaître le goût des voyages et des

aventures, désire s'engager dans la Marine, il va donc à Toulon mais est réformé de la marine après désertion, aide ses parents dans leur débit, passe au service d'un policier où il espère sans doute avoir des aventures multiples, fait de la représentation, change ensuite si souvent de situations qu'il ne se les rappelle plus, essaie à nouveau de rentrer dans l'armée, est réformé de l'armée de terre au bout de quelques mois, enfin est employé dans la publicité ; il échoue à l'asile après avoir accompli une nouvelle fugue et un vol d'argent et de livres.

Le malade L... (obs. III) devient maraudeur, vagabond ; il cherche constamment à fuir de chez lui, va jusqu'à Evreux en taxi ; à l'asile ne peut pas être occupé à un travail prolongé. Nous voyons L... (obs. IV) changer de places 15 fois dans l'espace de 2 ans, il présente une excitation et une instabilité qui le rendent incapable de rester en apprentissage, ni à la maison, ni d'effectuer un travail suivi. Outre ces quatre malades citons en d'autres : H... (obs. XVI) fait des fugues multiples, il vole une bicyclette pour se sauver de chez son oncle, il vagabonde pendant plusieurs jours avec de l'argent volé, il prend le train sans billet à l'insu de sa famille, D... (obs. XXI) se sauve constamment de chez ses parents pour aller faire la conversation avec des inconnus chez qui il s'introduit sans façons. Il est instable, turbulent, présente de l'excitation psychique et motrice. B... (obs. XXII) quitte son travail à diverses reprises sans raison et sans avertir ni son patron, ni ses parents, tendances au vagabondage. Nous voyons le malade K...

(obs. XXIII) partir en des voyages lointains et variés, passer dans d'innombrables villes, Mulhouse, Metz, Nancy, Dijon, Lyon, Avignon, Marseille, Toulon, Strasbourg, Sézanne, Paris, Reims. Il circule d'une extrémité à l'autre de la France, s'engage dans la légion étrangère, fait campagne au Maroc, déserte, fait de la prison, s'engage à nouveau dans la Marine, déserte encore, retourne en prison, est réformé ; est incapable d'exercer un métier fixe, finalement se fait arrêter pour grivèlerie et abus de confiance.

Nous voyons que chez nos malades les fugues ont un caractère impulsif ; il est rare qu'elles soient préparées longtemps à l'avance, à la suite d'une décision ferme. Les enfants ne font pas à leurs parents des menaces de s'enfuir ; le jour où ils partent est le jour de la décision, qui est prise bien souvent sur-le-champ. Il y a en général manque de réflexion. Les malades nous disent fréquemment : « Je ne me rendais pas compte exactement de ce que je faisais, il fallait que je parte, c'était plus fort que moi. » C'est la tendance au changement, le goût de l'aventure qui sont intenses chez ces malades et voilent momentanément la conscience de leur situation. Ils sont pourtant capables lors de leurs réactions de prendre quelques précautions ; l'un vole une bicyclette, l'autre de l'argent, mais toutes ces mesures prises sont défectueuses, les fugueurs sont obligés de revenir un jour.

Ces fugues ne sont évidemment pas analogues à celles des épileptiques, elles sont conscientes, voulues sur le moment, elles ne sont pas suivies d'amnésie. Pourtant nous savons que nos malades présentent des phénomè-

nes d'obnubilation intellectuelle qui laissent le malade incapable de résister à des impulsions et favorisent certainement l'apparition des réactions irréflechies et paradoxales telles que les fugues. Il y a sans doute au cours de ces troubles, non pas perte de conscience, mais atténuation de la plupart des facultés, mémoire, attention, jugement, réflexion, avec affaiblissement très net du contrôle des actes. Il semble qu'au moment des impulsions il y ait exaspération de l'état affectif au détriment de l'état intellectuel. D'ailleurs nous avons noté chez la plupart d'entre eux, le goût des aventures, qui s'associe à une intolérance parfois extrême vis-à-vis de l'entourage et du milieu, le désir de changer de situation avec l'espoir d'améliorer leur sort. Ces tendances mal réprimées par la réflexion et la modération qui subissent comme des sortes d'éclipses intermittentes produisent cette instabilité incessante qui rend précaire l'avenir social de ces malades et provoquent parfois les fugues dont la nature rappelle un peu, à cause des phénomènes intellectuels, la fugue épileptique. Gilbert Robin se demande si ces actes ne peuvent être regardés comme des équivalents atténués des crises de léthargie ou de somnolence. Il rappelle que Tinel avait déclaré à leur sujet : « Ces fugues sont parfaitement conscientes et parfois même préparées avec assez d'astuce, elles coïncident souvent avec une défaillance momentanée de l'attention, de la mémoire et du sens critique. » Le Dr Fribourg-Blanc (1) compare ces impulsions vagabon-

1. Fribourg-Bland, *Les réactions antisociales au cours de l'encéphalite épidémique*. Congrès de médecine légale, 1928.

des dans la sphère psychique à la *kinésie paradoxale* des parkinsonniens, dans la sphère purement motrice.

## II. — Irritabilité morbide. Violences. Tentatives de suicide. Actes impulsifs.

Ces manifestations d'une extrême fréquence aussi chez nos malades effectent le caractère d'impulsivité que nous avons noté au sujet des fugues. L. M... (obs. V) devient violent dans le milieu familial, il continue à l'être dans le milieu hospitalier et là son impulsivité se teinte d'érotisme, il en veut aux infirmières.

L. A... (obs. VI) présente une irritabilité telle qu'il ne peut plus supporter la présence de ses parents ; au cours de ses colères il ne sait plus ce qu'il dit ni ce qu'il fait. R. E... (obs. VII) a des crises d'excitation au cours desquelles il martyrise les chats. Il est batailleur et brutal, son impulsivité le rend dangereux vis-à-vis de tous. H. G... (obs. VIII) a une susceptibilité à fleur de peau qui le pousse à des violences répétées contre l'entourage, malgré les sentiments affectueux qu'il exprime parfois, il se rend redoutable par accès. A. J. . (obs. IX) malgré un état général défectueux et précaire conserve son irritabilité et manifeste violemment son hostilité. D. A... (obs. X) fait trois tentatives de suicide, toutes trois pour des futilités ; malgré une certaine bonhomie de caractère, il lui prend des envies subites de se venger ; il frappe sa patronne ; son intolérance affecte une exagération morbide, il se bat pour des riens. D. H... (obs. XI) s'irrite à l'hôpital parce qu'il croit

qu'on lui fait des grimaces, il brise, puis plus tard passe son temps à taquiner les concierges de son quartier et à maltraiter les chats et leurs portées. Il fait preuve de « malignité impulsive » (Logre). C. R... (obs XII) prend son beau-père en aversion, il n'hésite pas à le frapper au cours des discussions. Bien d'autres malades parmi ceux que nous avons observés se sont livrés à des violences. Nous les avons toujours trouvés soit susceptibles et intolérants à outrance, soit maussades et mécontents de leur sort, vindicatifs par épisodes, agressifs et taquins, provoquants, recherchant la discussion et la dispute. Leur impulsivité est en partie la cause de ces réactions. Elle est provoquée par l'excitation subite due à l'impression du moment, excitation non réfrénée par suite de l'inhibition chez le malade des facultés frénatrices ; c'est l'impression, c'est l'humeur du moment qui priment et entraînent la réaction, il y a manque de réflexion. Certains actes comme des actes de destruction et de cruauté envers les animaux apparaissent dépourvus de colère ou de vengeance. Ce sont ces actes que l'on pourrait grouper chez nos malades sous le terme de malignité impulsive, terme que nous avons recueilli dans un certificat du Dr Logre et qui exprime clairement les tendances des postencéphalitiques. C'est dans les périodes d'excitation que nous notons en général ce genre de réactions ; la plupart des réactions impulsives coïncident d'ailleurs souvent, nous l'avons déjà dit pour les fugues, avec un certain degré d'obtusion des facultés intellectuelles, les déclarations et la conduite du malade dans l'intervalle

des paroxysmes le prouvent nettement. De même l'attitude égarée et absente que l'on constate parfois lors des actes délictueux ou immoraux.

Les tentatives de suicide nous ont paru être aussi des actes de nature impulsive. Dans les tentatives qu'a faites D. A... (obs. X) nous constatons une sorte de réaction de vengeance contre l'entourage qui ne veut pas céder à ses caprices, mais à cette impulsivité s'ajoutent aussi des états de dépression. D. A... est hypochondriaque. E. G... (obs. XXIV) parkinsonienne a une conscience nette de son état de déchéance physique et sociale, elle fait plusieurs tentatives de suicide, c'est une neurasthénique à préoccupations nosophobiques. Elle est anxieuse et impulsive. Certains auteurs ont soutenu que la simple constatation du parkinsonisme par le malade lui-même était une cause, qui naturellement, pouvait l'affecter au point de lui suggérer des idées de suicide, cela est possible, mais chez notre malade D. A... et chez beaucoup d'autres qui présentent des états de dépression, l'encéphalite n'avait laissé aucune manifestation parkinsonienne. Rappelons ici que MM. Dupouy, Bauer et Chatagnon ont fait observer en octobre 1926 à la Société de Psychiatrie l'apparition des idées de suicide chez les postencéphalitiques.

Nous ne pouvons pas ici énumérer les divers travaux qui ont porté sur les états de dépression postencéphalitiques. Disons simplement que MM. Euzières, Blouquier de Claret et Pagès notaient en 1923 la tendance au suicide des parkinsoniens postencéphalitiques, et signalons la thèse de Coumel de 1926 et la communi-

cation de M. Rouquier au congrès des aliénistes et neurologistes de 1927.

### III. — Vols. Mendicité. Grivèlerie.

Nous retrouvons encore au sujet des vols l'impulsivité. Les malades nous énoncent que lors de leurs actes « ils ne savaient pas ce qu'ils faisaient » « que c'était plus fort qu'eux » il est vrai qu'ils n'en mesureraient pas toutes les conséquences, il y avait alors chez eux affaiblissement de l'auto-contrôle, obscurcissement de la conscience morale, évaluation défectueuse de la gravité du fait. Le cynisme que manifestent certains malades dans le récit de leurs vols semble bien indiquer l'anesthésie morale où ils se trouvent. Mais ce cynisme n'est peut-être qu'apparent, nous pouvons être trompés par le facies inexpressif des parkinsoniens qui ne traduit pas les mouvements intérieurs ; d'autre part la plupart des malades ont la conscience de leur état morbide, ils savent que leurs désordres sont dus à « leur » encéphalite et ils s'en considèrent comme moins coupables, moins blâmables, c'est pour cela qu'ils étalent si facilement et sans trop de honte devant nous toute leur dépravation.

Nous voyons le malade M. P... (obs. XIII) devenir paresseux, ivrogne puis vivre de mendicité et de grivèlerie, c'est un instable, il est irritable et incapable de se soumettre à aucune discipline, rébellion contre la police ; à l'asile il comploté il tente de s'évader plusieurs fois.

R. L... (obs. XIV) commet des vols impulsifs sans en tirer aucun profit, il en abandonne presque sur place le produit. L'incohérence est telle que jamais ces actes ne donnent lieu à inculpation. D'ailleurs la plupart de ses réactions sont irréfléchies, sans préméditation, absurdes. Il quitte ses places sans raisons, il complot, il est vrai, avec des camarades pour une évasion mais il est le seul à ne pas s'enfuir et dénonce les évadés. R. F... (obs. XV) commet un vol important mais il présente un syndrome hébéphrénique avec idées d'influence, il reçoit des ordres et a des impulsions sous l'influence de ceux-ci, de telle sorte que les réactions présentées : indiscipline, grossièretés, violences, perversions sexuelles et vols peuvent être non seulement l'effet de ses tendances perverses mais aussi celui de son automatisme mental. H. P... (obs. XVI) se rend coupable de vols qui affectent un caractère de puérilité particulier. Il ne conserve que les pièces d'argent et brûle les valeurs en papier, il utilise sottement le produit de son vol, achète des friandises et désire se payer un revolver. Il voyage sans billet, dérobe une bicyclette. Il a 16 ans, mais à chaque sottise il manque absolument de réflexion et elles paraissent être le fait d'un gamin de 8 à 10 ans au plus. G. C... (obs. XVII) se laisse aller à des vols d'abord futiles puis est surpris, s'apprêtant à voler dans un tiroir-caisse. R. T... (obs. XVIII) s'empare sans plus de façon du sac à main d'une passante. Geste absolument irréfléchi qui le fait arrêter immédiatement. L'observation de D. A... (obs. XI) est aussi caractéristique, quant aux vols impulsifs il y a sur lui suggestion

de la part d'une mauvaise fréquentation, il ne tire de sa peine que des désagréments et aucun profit. Nous avons vu K. L... vivre de grivèlerie avec pathomimie pendant des années.

A ces manifestations : vols, mendicité, grivèlerie, se trouvent souvent associés l'ivrognerie, la paresse, la débauche qui viennent dans une grande mesure favoriser les tendances à l'appât des gains faciles. Au cours des réactions que nous venons d'énumérer, ce qui frappe d'abord c'est l'impulsivité avec état d'anesthésie morale. La futilité de certains vols, les conditions défectueuses où ils sont accomplis, l'inconscience des conséquences et même l'absence d'intention intéressée nous inclinent à rapprocher ces actes, de même qu'un certain nombre d'autres réactions, des manifestations désordonnées de la manie et de l'hypomanie. Nous savons qu'au cours de ces états maniaques il y a moins intention perverse que désir et besoin de s'agiter, de plaisanter, d'attirer l'attention. La fuite des idées ne permet pas évidemment dans ces cas de juger des conditions, de la nature et du résultat de l'acte accompli. Il semble parfois que l'action faite une première fois donne plus d'audace pour la seconde. Nous avons vu B. L... (obs. II), instable par excellence, commencer par voler dans le milieu familial, puis, l'impulsion s'accroissant, commettre un vol chez son patron, enfin voler chez des inconnus, à l'étalage. Dans cette progression, les risques courus s'aggravaient évidemment mais avec eux aussi sans doute la tentation et l'inconscience des conséquences.

Quelles que soient les circonstances du vol, « l'aptitude à résister est singulièrement amoindrie » (Robin).

#### IV. — Indiscipline et rébellion.

Le Dr Fribourg-Blanc qui a eu l'occasion d'examiner de nombreux jeunes soldats atteints d'encéphalite épidémique a noté ces réactions d'indiscipline et de rébellion chez de nombreux sujets. La plupart de nos malades ont perdu plus ou moins le sens de la nécessité d'une soumission, ils ne comprennent pas l'autorité, c'est encore une forme de l'atténuation de la notion de l'obligation morale.

Dès qu'ils sentent peser sur eux les exigences d'un règlement ou d'une volonté supérieure, leur premier mouvement est la résistance, puis survient l'hostilité. Nous avons vu M. G... (obs. I) se rebeller contre ses parents et tenter de les empoisonner en mettant du pétrole dans leur café. Parfois pour échapper à une discipline quelconque les sujets complotent, nous avons dévoilé le complot des malades M. P... (obs. XIII) et R. L... (obs. XIV) qui combinèrent une évasion. D'autres malades quittent leur travail sans avertir leur patron, les évasions, les fugues que nous avons relatées sont des actes d'indiscipline dans la plupart des cas.

D. A... (obs. X) se livre à des violences sur sa patronne. C. R... (obs. XII) frappe son beau-père et est grossier envers lui.

Les menaces sont aussi fréquentes chez nos malades. P. L... (obs. XIX) fait des menaces de mort, il frappe les

infirmiers et sème le désordre partout où il passe. H. G... (obs. XX) commet toutes les « sottises » possibles : vols, actes sexuels. Il est impossible de le remettre dans la bonne voie. D. P... (obs. XXI) est insupportable par sa turbulence et ses tendances taquines, il s'en va chez des voisins qu'il importune, manifeste un sans-gêne et une effronterie peu banals.

B... (obs. XXII) cherche sans cesse querelle, se bat avec ses camarades ; dans le travail il n'en fait qu'à sa tête, est impoli et grossier. Quant à K. L... (obs. XXIII) il lui est impossible de se soumettre à quelque discipline que ce soit, il déserte 2 fois et mène une vie de vagabondage et de débauche. Les outrages et les voies de fait contre les agents, les refus d'obéissance sont des réactions habituelles chez nos malades. Toutes ces manifestations expriment l'intolérance exagérée à l'égard de toute contrainte extérieure. La contrainte intérieure que l'individu lui-même peut s'imposer par amour-propre, par dignité, est-elle aussi souvent défaillante chez nos malades ; leur anesthésie morale intermittente (grossièreté des gestes et des propos, inconvenances, sans-gêne) en est la principale cause : mais l'effort sur eux-mêmes est chez eux et à tout moment très affaibli, c'est l'absence de ce frein qui facilite la plupart de leurs réactions perverses. Cet effort sur soi-même que les malades sont, par estime personnelle, la plupart du temps incapables de soutenir, la crainte des punitions ou l'attrait des récompenses ne les y engage guère. Au contraire, ils ont vis-à-vis de toute contrainte extérieure une grande susceptibilité

toute remontrance, toute menace, toute manifestation d'autorité les irrite et les pousse à la rébellion ; ils ont même parfois une certaine tendance à interpréter des gestes ou des paroles et cela éveille immédiatement leur hostilité ; aussi l'autorité d'un patron, des parents, des chefs militaires, des maîtres d'école ou des professeurs non prévenus ou inhabiles à manier ces caractères postencéphalitiques, a-t-elle sur eux la plus fâcheuse influence.

Nous avons d'ailleurs au cours des observations relevé à diverses reprises l'influence néfaste qu'à parfois l'entourage inconscient sur le caractère rebelle de nos malades. Nous l'avons déjà dit pour le malade M. G... (obs. I) cette susceptibilité spéciale semble être une réaction d'intolérance vis-à-vis des désagréments nouveaux éventuels, quelques minimales qu'ils soient ; ils connaissent leur état maladif et leur déchéance et tout déplaisir venu du dehors leur est intolérable.

Cette intolérance vis-à-vis de l'entourage n'est d'ailleurs pas rare chez la plupart des malades chroniques, il semble qu'elle soit portée à son maximum chez les postencéphalitiques.

## V. — Mensonges et Mythomanie.

Divers auteurs ont eu l'occasion de rencontrer dans les séquelles de l'encéphalite des manifestations d'ordre pithiatique, contracture (1), troubles psychomoteurs (2),

1. Dupouy, Soc. de Psychiatrie, juin 1920.

2. Gilles, *Encéphale*, 1922.

accusations calomnieuses, mythomanie (1). Stachelin a observé un garçon de 13 ans qui simulait des crises pour gagner de l'argent. Nous avons eu dans le service le malade K. L... (obs. XXIII) qui a gagné sa vie pendant plusieurs années en mimant des crises d'épilepsie, qui s'est fait acquitter par ce moyen à la suite de vols et de désertions. Les mensonges sont fréquents parmi nos malades ; bien souvent ils mentent sans raison sérieuse, « pour dire des blagues ». Ce qui frappe au contraire c'est parfois la sincérité entière et le cynisme dont ils font preuve dans le récit de leurs méfaits. Notre malade K. L... a recours à une véritable pathomimie pour subvenir à son existence et cet expédient découle de son incapacité de travail ; il est paresseux, avec cela instable, ne pouvant s'attacher à une occupation sérieuse ni même demeurer longtemps dans une même région. Sa conduite constituée de vagabondage et de grivèlerie s'accorde avec sa nature paresseuse et instable.

Les manifestations pithiatiques sont souvent chez les postencéphalitiques l'expression d'un état hystérique latent qui s'est développé sous l'influence de l'atteinte infectieuse. Pour ce qui est des perversions, les réactions paraissent moins subordonnées à l'effet de la volonté que chez les hystériques, la conduite de ceux-ci est à notre avis à rapprocher de celle des pervers ins-

1. G. Robin, Soc. clin. de Médecine mentale, nov. 1922.

2. Laignel-Lavastine, *Réactions perverses des enfants atteints d'encéphalite épidémique*. *Semaine des Hôp. de Paris*, 1926 ; Fausto Guerner et Sylvio Ribeiro de Souza, *Sur un cas de séquelles neuropsychique de l'enc.épid. Parkinsonisme et fabulation*. *San Paulo Médico*, 1928.

tinctifs, teintée de malice, de fourberie, de froide cruauté.

## V. — Perversions sexuelles et attentats aux mœurs

Sur l'ensemble de nos 26 observations il n'y a guère que trois cas pour qui les troubles sexuels soient nettement caractéristiques. Nous avons bien noté chez quelques malades la tendance aux baisers signalée par Gilbert-Robin. Nous l'avons même rencontrée chez un adulte, L. M... (obs. V). Si cette tendance peut chez l'enfant s'expliquer par un état d'excitation psycho-motrice, sans appoint érotique caractérisé, il semble que chez l'adulte et chez l'adolescent elle relève de l'affaiblissement du sens des convenances. L'érotisme se manifeste par la précocité des tendances sexuelles ; nous n'avons pas souvent constaté celle-ci, quand elle existe, elle est assez peu marquée. L'érotisme apparaît encore sous la forme de privautés, d'impudeur, d'attentat aux mœurs. La masturbation qui est fréquente chez l'enfant et l'adolescent peut aussi survenir chez l'adulte.

Une de nos malades adultes (E. G... obs. XXIV) a des tendances à la masturbation à caractère d'obsession-impulsion. Elle les explique par la privation des caresses de son mari, défunt récemment.

Parfois pour satisfaire leurs tendances érotiques les malades vont jusqu'au vol. C'est le cas de G. A... (obs. XXV) ; ce malade présente d'ailleurs des anomalies sexuelles importantes.

Il pratique la bestialité (vaches, juments) et commet des outrages aux mœurs (exhibitionnisme et masturbation en public).

Chez lui existent des états de demi-somnolence parfois prolongés qui expliquent en partie l'absence de contrôle et le manque de résistance aux tentations. G. S... (obs. XXVI) a été arrêté pour attentat à la pudeur sur une fillette de 12 ans ; chez lui nous notons aussi de l'obnubilation intellectuelle ; la réaction a-t-elle coïncidé avec des troubles de la conscience ? C'est ce que le malade lui-même prétend. En résumé nous n'avons pas rencontré très souvent les perversions sexuelles chez nos malades ; les tendances érotiques à caractère bénin sont les plus fréquentes, masturbation, familiarités avec les femmes, tendances aux baisers et à se faire caresser, impudicité, provocations ; il y a pour ces sortes de réactions, véritable anesthésie morale, c'est-à-dire, dans ces cas, abolition du sens des convenances ; la manière cynique dont les malades en font le récit nous pousse à le croire.

Quant aux réactions graves : attentats à la pudeur, bestialité, exhibitionnisme, elles sont exceptionnelles mais l'étude des antécédents de nos deux sujets qui les ont présentées ne nous a pas révélé de prédisposition. Nous pensons qu'elles sont la conséquence de l'impulsivité et de l'obnubilation épisodiques.

## CHAPITRE IV

### LES PERVERSIONS MORALES POSTENCÉPHALITIQUES (Tableau d'ensemble).

1. Perversions postencéphalitiques et dégénérescence.
2. Les manifestations tardives et les perversions.
3. L'âge de nos malades.
4. Sémiologie et constatations de certains auteurs.
5. Nature des troubles du caractère. — L'importunité assidue. —  
L'affectivité paradoxale.
6. Nature des réactions. — La tentation-impulsion.
7. Individualité.

#### I. — Perversions postencéphalitiques et dégénérescence.

Le problème a été posé bien souvent de savoir si l'encéphalite épidémique était à elle seule capable de provoquer chez un sujet normal les manifestations mentales que l'on constate tardivement, en particulier les perversions, ou si celles-ci étaient conditionnées par un état de prédisposition dû à la dégénérescence plus ou moins apparente du sujet. Ce problème a été résolu différemment. MM. Laignel-Lavastine, Combe-malle, Vuillien et Sélosse, Cénac, Capgras et Carette,

Mlles Rossi et Serin plaident en faveur d'une prédisposition antérieure.

Gilbert Robin avait donné les résultats suivants :  
« Chez le 1/3 de nos malades nous trouvons des héréditaires... Dans toutes nos observations nos malades héréditaires ou non étaient normaux au point de vue mental avant l'encéphalite épidémique... Héréditaires ou non, ils ont présenté le même syndrome mental. »  
Et il concluait : « La notion de dégénérescence mentale outre celle d'une prédisposition constitutionnelle difficile à préciser doit être écartée du syndrome psychopathique réalisé par l'encéphalite épidémique chez l'enfant (1). » D'autres auteurs à la suite sont venus confirmer ces observations. Kostitch dans sa thèse, Adam et Frey, Briand et Porcher, Courbon et Bauer plaident en faveur de l'absence de prédisposition. Le Dr Fribourg-Blanc (2) trouve la même proportion de prédisposés que Gilbert Robin, c'est-à-dire 1/3. Il faut considérer trois cas :

1<sup>o</sup> Le sujet atteint d'encéphalite épidémique ne présente aucune tare ni personnelle, ni héréditaire ;

2<sup>o</sup> Il présente des tares mais était absolument normal jusqu'à l'encéphalite ;

3<sup>o</sup> Ayant des tares il était déjà anormal au moment de l'atteinte encéphalitique.

Voyons quelles vont être les manifestations provoquées par l'encéphalite dans ces trois circonstances particulières.

1. Gilbert Robin, *loc. cit.*

2. Fribourg-blanc, Rapport au Congrès de Médecine légale, oct. 1928.

Etablissons un tableau pour nos 26 cas; en face de chaque cas une croix + dans la première colonne représentera la présence de prédisposition et une croix + dans la seconde, la présence d'anomalies du caractère et de la conduite antérieurement à l'encéphalite :

| Obs. | Prédisposition | Anomalies mentales antérieures | Obs.  | Prédisposition | Anomalies mentales antérieures |
|------|----------------|--------------------------------|-------|----------------|--------------------------------|
| I    | +              | +                              | XIV   |                |                                |
| II   |                |                                | XV    |                |                                |
| III  |                |                                | XVI   |                |                                |
| IV   | +              | +                              | XVII  |                |                                |
| V    | +              | +                              | XVIII |                |                                |
| VI   | +              |                                | XIX   |                |                                |
| VII  |                |                                | XX    | +              |                                |
| VIII |                |                                | XXI   |                |                                |
| IX   |                |                                | XXII  |                |                                |
| X    |                |                                | XXIII |                |                                |
| XI   | +              |                                | XXIV  |                |                                |
| XII  | +              |                                | XXV   |                |                                |
| XIII |                |                                | XXVI  |                |                                |

Sur nos 26 cas 7 malades présentaient donc des tares héréditaires. Et sur ces 7 malades 3 seulement avaient manifesté avant l'encéphalite des anomalies de la conduite et du caractère. Chez tous les autres nous n'avons pas pu mettre en évidence des prédispositions spéciales et pourtant ils n'en ont pas moins présenté des troubles sérieux de la moralité. Disons dès maintenant que la distinction des perversions postencéphaliques et des perversions instinctives est délicate, qu'elle se fera en général par le moyen des signes associés :

arriération mentale, stigmates chez le dégénéré, troubles mentaux et physiques spéciaux chez l'encéphalitique. Pourtant certaines nuances doivent être indiquées, nous les résumerons grossièrement en disant que chez le dégénéré l'inaffectivité et la malignité sont à la base des manifestations qui sont aussi subordonnées à la vanité et à la satisfaction personnelle des sujets tandis que chez l'encéphalitique c'est l'impulsivité dépourvue de préméditation qui déclanche les réactions. Ces nuances étant établies (elles avaient déjà été constatées par Claude et Robin (1) et acceptées il nous a semblé que, si l'encéphalite est capable de créer à elle seule la perversité, les troubles qu'elle provoque chez les prédisposés se rapprochent davantage de ceux que l'on constate chez les pervers instinctifs. Ainsi chez nos 3 malades qui antérieurement étaient déjà anormaux nous voyons les anomalies s'amplifier et les troubles spéciaux dus à l'encéphalite se surajouter à eux. M. G... (obs. I) tente d'empoisonner ses parents, L. L... (obs. IV) change 15 fois de place en 2 ans. L. M... (obs. V) qui était susceptible et méfiant avant la maladie devient violent et interprétant. Chez M. G. . et L. L... l'anesthésie morale est permanente, alors qu'elle est souvent intermittente chez les postencéphaliques purs. Chez les 4 autres malades avec prédisposition les troubles affectent des allures diverses. Ainsi chez L. A... (obs. VI) les perversions n'ont aucun caractère

1. Claude et Robin, *Le syndrome mental postencéphalitique de l'enfant et la notion de dégénérescence*. Ann. médico-psychologiques, 1924.

de malignité et l'affectivité parait assez bien conservée. Par contre chez D. A... (obs. XI) nous voyons apparaître la malignité et la vanité ; l'indifférence morale est assez marqué. Chez G. R... (obs. XII) les troubles n'ont pas de caractères particuliers tandis que chez H. G... (obs. XX) la vanité est notable, la conscience morale très obscurcie, les sentiments familiaux complètement abolis (il méprise ses parents) la combativité et l'irréductibilité des prétentions sont permanentes.

Nous admettons donc que l'encéphalite épidémique est capable à elle seule de créer la perversité ; que chez les malades ayant présenté antérieurement des anomalies, elle aggrave les tendances mauvaises ; que chez les prédisposés tout en provoquant des troubles spéciaux à caractère d'impulsivité et de déséquilibre affectif, elle entraîne un syndrome de perversité dont l'aspect se rapproche davantage des perversions instinctives.

## II. — Les manifestations tardives et les perversions.

Parmi les manifestations tardives ce sont en général les troubles du caractère qui les premiers attirent l'attention, nous avons vu le mode d'apparition des troubles psychiques en général chez les postencéphalitiques, précédant ou suivant les phénomènes physiques ou encore, exceptionnellement, alternant avec eux. Ce mode d'apparition est le même pour les perversions

morales ; un intervalle non troublé de plusieurs mois parfois peut séparer la période aiguë des premières manifestations. Nous ne pensons pas que des influences extérieures telles que le surmenage, la fatigue, les émotions, les maladies infectieuses, les intoxications aient un rôle quelconque dans l'apparition des perversions. Pourtant nous avons vu survenir les premiers troubles à la période terminale de la grossesse chez Mme E. G... (obs. XXIV) alors que s'ébauchait le syndrome parkinsonien. Mlle Lévy avait noté l'influence de la grossesse sur le déclenchement du parkinsonisme chez les postencéphalitiques. Cette réserve étant faite il apparaît que les perversions surviennent d'une manière spontanée à la suite de l'encéphalite à des époques plus ou moins rapprochées de l'épisode aigu. Existe-t-il une relation entre les formes graves aiguës et les manifestations perverses tardives, nous ne le croyons pas. Des atteintes d'encéphalite diagnostiquées « angine » ou « état grippal » ont entraîné par la suite des troubles avec réactions antisociales graves (voir les observations du D<sup>r</sup> Fribourg-Blanc).

Il est intéressant au point de vue médico-légal de savoir que les perversions postencéphalitiques peuvent ne pas s'accompagner de troubles de l'état physique. En effet en cas d'inculpation il ne faudrait pas, par le seul fait de l'absence de séquelles neurologiques, conclure à la non-existence d'encéphalite et par suite à la responsabilité totale ou moins atténuée. En présence d'un pervers inculpé et ne présentant aucun signe physique d'encéphalite chronique, la question se pose de savoir

s'il a eu ou non l'encéphalite, l'examen du liquide céphalorachidien (hyperglycorrachie), les troubles mentaux associés (états de somnolence, asthénie, absences et vertiges, périodes d'obnubilation transitoires), peuvent aider l'expert, de même la recherche de la période aiguë dans les anamnétiques et l'étude de la conduite antérieure de l'inculpé. Mais les troubles psychiques associés font eux-mêmes parfois défaut, la tâche de l'expert sera quelquefois délicate. Nous avons chez nos malades recherché la fréquence des séquelles physiques et en particulier du parkinsonisme qui est la complication la plus apparente et qui ne peut évidemment pas passer inaperçue même aux yeux des magistrats. Nous avons aussi recherché la proportion de malades n'ayant en que des perversions morales indépendamment de tout autre trouble. Nous avons pu établir le tableau suivant :

| Obs. | Séquelles physiques | Parkinsonisme | Troubles mentaux<br>surajoutés | Perversions<br>isolées |
|------|---------------------|---------------|--------------------------------|------------------------|
| I    | +                   | +             | +                              |                        |
| II   | +                   |               |                                |                        |
| III  | +                   | +             | -                              |                        |
| IV   | +                   | +             | +                              |                        |
| V    | +                   | +             | +                              |                        |
| VI   | +                   | +             | +                              |                        |
| VII  |                     |               |                                | +                      |
| VIII |                     |               | +                              |                        |
| IX   | +                   | +             | +                              |                        |
| X    | +                   |               |                                |                        |
| XI   |                     |               | +                              |                        |
| XII  | +                   | +             |                                |                        |
| XIII | +                   | +             |                                |                        |
| XIV  | +                   | +             |                                |                        |

| Obs.  | Séquelles physiques | Parkinsonisme | Troubles mentaux<br>surajoutés | Perversions<br>isolées |
|-------|---------------------|---------------|--------------------------------|------------------------|
| —     | —                   | —             | —                              | —                      |
| XV    | +                   | +             | +                              |                        |
| XVI   |                     |               |                                | +                      |
| XVII  | +                   |               | +                              |                        |
| XVIII | +                   | +             | +                              |                        |
| XIX   |                     |               | +                              |                        |
| XX    |                     |               |                                | +                      |
| XXI   | +                   | +             | +                              |                        |
| XXII  | +                   | +             | +                              |                        |
| XXIII |                     |               |                                | +                      |
| XXIV  | +                   | +             | +                              |                        |
| XXV   | +                   | +             | +                              |                        |
| XXVI  | +                   | +             | +                              |                        |

Sur nos 26 cas nous avons donc 19 malades atteints de séquelles physiques et sur ces 19, 16 présentant du parkinsonisme. Nous n'avons trouvé que 4 malades chez qui les perversions étaient à l'état isolé, c'est-à-dire non associées à d'autres troubles mentaux ou physiques. Tous les malades à part ces quatre là manifestaient d'autres anomalies mentales telles que bradyphrénie, asthénie, arriération, vertiges et absences, obnubilation transitoire, somnolence ou troubles du sommeil.

### III. — L'âge de nos malades.

On a beaucoup parlé chez nos malades de l'influence de l'âge que présentait le sujet au moment de l'atteinte aiguë sur les phénomènes psychiques tardifs. La plupart des auteurs sont d'accord pour admettre que

plus la maladie frappe les sujets dans le jeune âge plus elle risque de provoquer des états d'arriération profonds. C'est l'opinion de Branche, Paterson, Gilbert Robin, Armand Lebar, Collin et Requin, Collier. Quant aux perversions, l'on a une tendance à considérer qu'elles se produisent quand l'atteinte encéphalitique a lieu dans la seconde enfance et l'adolescence et que l'adulte en est en général dépourvu. Nous trouvons dans la thèse de Gilbert Robin cette citation de Collin et Requin : « L'âge du sujet joue un rôle important... Toute lésion antérieure au complet développement des connexions nerveuses de l'encéphale risque d'empêcher ces connexions de se produire, d'où la fréquence des arriérations mentales dans les maladies cérébrales du jeune âge... Tout trouble cérébral atteignant un enfant après l'établissement de ses voies de conduction intercérébrales, mais avant que se soit développée la prépondérance du système nerveux, se traduira par du puérilisme, des actes impulsifs ou automatiques, de l'agitation échappant au contrôle de la volonté... Et nous devons constater que ce sont les mauvais instincts, ceux du vol, du mensonge, de la violence, de la perversité qui prédominent alors !

Darré a rencontré les troubles du caractère surtout chez les enfants. Heuyer écrit ceci au sujet des perversions : « Elles se rencontrent chez l'enfant bien plus souvent que chez l'adulte. L'adulte fait une encéphalite surtout sous la forme neurologique et quand il présente des troubles psychiques, ils sont d'ordre confusionnel ou démentiel ; ils sont plus psychomoteurs que

proprement psychiques et ont rarement la forme de perversions (1). »

Nos malades qui tous présentent des perversions avaient au moment de l'atteinte aiguë, les âges suivants :

|             |        |               |        |
|-------------|--------|---------------|--------|
| Obs. I..... | 13 ans | Obs. XIV..... | 26 ans |
| — II.....   | 14 —   | — XV.....     | 16 —   |
| — III.....  | 12 —   | — XVI.....    | 14 —   |
| — IV.....   | 14 —   | — XVII.....   | 6 —    |
| — V.....    | 31 —   | — XVIII...    | 18 —   |
| — VI.....   | 13 —   | — XIX.....    | 12 —   |
| — VII...    | 13 —   | — XX.....     | 10 —   |
| — VIII...   | 13 —   | — XXI.....    | 6 —    |
| — IX.....   | 32 —   | — XXII...     | 6 —    |
| — X.....    | 10 —   | — XXIII..     | 11 —   |
| — XI.....   | 9 —    | — XXIV...     | 24 —   |
| — XII...    | 17 —   | — XXV....     | 12 —   |
| — XIII...   | 18 —   | — XXVI...     | 36 —   |

Les états d'arriération mentale ou pédagogique sont plus marqués chez les malades atteints plus précocement ; aussi l'absence de discernement sera-t-elle plus fréquente chez ceux-là, leur responsabilité sera donc plus atténuée. Nous voyons que la proportion d'adultes présentant des perversions est faible par rapport à celle des adolescents. Sur nos 26 malades il n'y a que 4 sujets dont l'âge dépassait 20 ans à l'époque du début de maladie. Nous sommes de l'avis du Dr Heuyer sur l'aspect des troubles chez l'adulte et chez l'enfant mais nous constatons que l'adulte peut présenter, non excep-

1. Heuyer, *Considérations sur 14 cas de perversions postencéphalitiques*. Archives de médecine des enfants, 1926.

tionnellement, des perversions. Nous n'avons pas divisé l'étude des perversions en les considérant chez l'enfant puis chez l'adulte ; elles sont chez l'un comme chez l'autre du même ordre, faites d'impulsivité que favorisent parfois l'anesthésie morale et l'obnubilation intellectuelle. Disons simplement que chaque sujet manifeste ses perversions avec la mentalité qu'il possède. La turbulence, les états d'excitation, les menus vols, sont fréquents chez l'enfant de même que le sans-gêne est plus marqué chez l'adolescent. Les actes sexuels, la rébellion, les violences graves, la grivèlerie appartiennent plutôt à l'adulte. L'avancement en âge ne semble pas améliorer les perversions ; les malades devenus adultes demeurent des pervers, plusieurs de nos observations le prouvent. D'autre part des sujets que Gilbert Robin avait examinés alors qu'ils étaient enfants ou adolescents en 1923 et que nous avons eu l'avantage de retrouver à Vaucluse, adolescents ou adultes, continuent à présenter des perversions et à manifester les mêmes tendances que Gilbert Robin décrivait alors.

#### IV. — Sémiologie et constatations de certains auteurs.

Les perversions morales vont apparaître sous forme de réactions et de troubles du caractère. Le Dr Fribourg-Blanc a divisé les réactions en réactions bénignes et en réactions graves. Dans les premières il range la simulation, les réactions de type pithiatique,

la mythomanie et les accusations calomnieuses, le refus d'obéissance et la rébellion, le sommeil en faction ou en service, les fugues et le vagabondage, qui entraînent peu d'inculpations. Dans les secondes, il place : le suicide, les actes sexuels (attentats aux mœurs, exhibitionnisme, viols, actes homosexuels), vols, voies de fait, meurtres ; elles sont intéressantes à connaître pour le médecin légiste.

Nous avons vu que les perversions se groupaient en général chez un même individu et de quelle manière elles se répartissaient. Les sujets présentent un certain nombre de troubles du caractère et ils se livrent avec prédilection à un certain genre de réactions qui sont prédominantes et à côté desquelles apparaissent dans la plupart des cas des manifestations accessoires.

C'est ainsi que nous avons pu établir, d'ailleurs un peu artificiellement, les groupes où nous avons rangé les diverses perversions. Un même sujet pourra manifester des réactions bénignes, puis un jour se livrer soudain à des actes graves. *Ce sont les actes graves qui caractérisent à notre avis le genre de tendances du sujet. Les manifestations bénignes moins importantes, plus générales ont évidemment moins d'intérêt pour le classement des perversions.*

*Les troubles du caractère* de nos malades vont se manifester sous forme d'instabilité, d'impulsivité, d'irritabilité, d'agressivité, d'importunité, de susceptibilité, de déséquilibre affectif (troubles des sentiments familiaux et même du sentiment maternel, obs. XXIV), d'affaiblissement du sens des convenances, d'asthénie,

de rancune transitoire. Ces troubles constituent pour ainsi dire le fonds moral des sujets ; ils sont très généraux et nous n'avons pas basé sur eux notre classement.

Les réactions moins générales, mais qui, nous l'avons vu, se mélangent pourtant plus ou moins chez un même sujet apparaissent chez lui sous la forme prédominante de :

I. Fugues, désertions, évasions. De nombreux cas dans nos 26 observations.

II. Violences, actes impulsifs, suicide, s'accompagnant en général de taquineries, de menaces, de destructivité, de cruautés envers les animaux, de gestes et de propos grossiers ; réactions aussi très courantes.

III. Vols, mendicité, grivèlerie. Six cas intéressants.

IV. Indiscipline et rébellion, avec tendances au prosélytisme et complots, 4 cas caractéristiques.

V. Mythomanie et simulation, 1 cas.

VI. Perversions sexuelles et attentats aux mœurs, avec réactions bénignes courantes telles que tendances aux baisers, à se faire caresser, aux privautés, aux provocations, à l'impudicité, à la masturbation. Nous en avons signalé 3 cas importants (bestialité, exhibitionnisme, masturbation, attentat à la pudeur).

En résumé nous pouvons dire que nos malades se présentent avec des troubles du caractère qui vont entraîner des réactions, soit bénignes, soit graves. Il est évident que plus les troubles du caractère vont être accentués, plus les réactions risquent d'être importantes, mais il faut tenir compte aussi de l'état de discerne-

ment, c'est-à-dire du degré plus ou moins marqué de l'atteinte intellectuelle. Les troubles du caractère que nous avons notés sont excessivement fréquents et ne peuvent guère servir de base à une classification des perversions, ils entraînent *des réactions bénignes* aussi très courantes (démissions sans motif, colères, taquineries, menaces, gestes et propos grossiers, menus vols, ivroquerie, débauche, désobéissances, mensonges, médiosance, perversions sexuelles anodines) et *d'autres plus graves* qui peuvent caractériser les sujets et servir au classement, parce qu'elles sont moins souvent associées chez un même individu et qui sont : les fugues, évasions et désertions, les violences graves, le suicide, les meurtres et empoisonnements, les vols importants, la rébellion et les complots, la mythomanie importante, en particulier les accusations calomnieuses, enfin les perversions sexuelles graves : viols, attentats à la pudeur, exhibitionnisme, prostitution, bestialité, homosexualité, inceste.

La fréquence relative de ces réactions est difficile à établir. Donnons ici les constatations de quelques auteurs :

Truelle et Petit, au Congrès de Quimper, 1922, citent : vols, fugues, mythomanie, violences, viols, exhibitionnisme, suicide. Briand et Reboul-Lachaux (1) : six enfants manifestant de la turbulence et de la méchanceté. P. Kahn (2) : accusations calomnieuses par

1. Briand et Reboul-Lachaux. Soc. clinique de Méd. mentale, déc. 1923.

2. Kahn, Soc. de Psychiatrie, 1923.

un enfant de 16 ans contre son père. Gilbert Robin (1) : accusations calomnieuses par une fillette de 13 ans. Euzières et Blouquier de Claret (2) : état d'érotisme chez une fille avec tentatives incestueuses. Kostitch (3) : mythomanie. Adam et Frey (4) : sur 4 cas, 1 cas d'excitation érotique, 1 de perversion sexuelle, 1 de violences et 1 de rébellion. Carrette (5) : sur deux cas, tentative de suicide et violences, vols et fugues. Cénac (6) : exhibitionnisme. Reboul-Lachaux et Serin (7) : violences et provocations sexuelles chez une fille de 19 ans. Heuyer (8) considère que les perversions sexuelles communes mais non constantes chez les garçons, sont la règle chez les filles. Wimmer (9) : sur 2 cas, 1 cas avec vagabondage et menaces de mort, 1 cas avec érotisme et puberté précoce chez une fillette de 14 ans. Dupouy et Abely (10) : exhibitionnisme.

1. G. Robin, Soc. de psychiatrie, 1923.

2. Euzières et Blouquier de Claret, *Troubles moraux consécutifs à la névraxite épidémique*. *Gazette des Hôpitaux*, 1923.

3. Kostitch, *L'Invalidité morale acquise postnévraxitique*. Thèse de Montpellier, 1923.

4. Adam et Frey, La période médico-légale de l'encéphalite, épidémique. Congrès des Aliénistes et Neurologistes, Besançon, 1923.

5. Carrette, Perversions instinctives postencéphalitiques, Soc. Méd. Psychol., mai 1924.

6. Cénac, *Perversions sexuelles et encéphalite épidémique*. *Annales Méd. Psychol.*, 1924.

7. Reboul, Lachaux et Serin, *Encéphalite épidémique et perversions sexuelles*. *Annales Médico-psychol.*, 1924.

8. Heuyer, Perversions instinctives postencéphalitiques. Soc. de psych., 1925.

9. Wimmer, *Contribution à la Médecine légale de l'encéphalite épidémique*. *Annales méd. psychol.*, 1925.

10. Dupouy et Abely, Exhibitionnisme chez un parkinsonien. Soc. Clinique de Médecine mentale, juillet 1925.

Laignel-Lavastine et Morlaas (1) : masturbation impulsive sur un chien. Mlle Maria Rossi (2) (d'Ancone) : 12 observations comportant des fugues, des perversions sexuelles, des violences et des vols. Heuyer (3) : 14 cas d'enfants pervers présentant des tendances aux fugues, vols, violences. Roger, Reboul-Lachaux, Pourcine (4) : fillette de 13 ans présentant les réactions suivantes : fugues, grossièretés, violences envers les gens et les bêtes, attouchements sexuels sur ses frères, sur les personnes et sur les animaux. Laignel-Lavastine et Vinchon (5) rapportent les réactions suivantes chez des enfants : fugues, vols, violences, attentats aux mœurs, mensonges, indiscipline et une fausse accusation de viol chez une fillette de 14 ans. Heuyer (6) rapporte le cas d'une parkinsonienne ayant subi 7 condamnations pour vols.

Enfin le Rapport du docteur Fribourg-Blanc au Congrès de Médecine légale de 1928 nous apporte des précisions précieuses sur les réactions antisociales des postencéphalitiques. Il classe ses 40 observations d'après l'importance des réactions présentées par chaque sujet. C'est ainsi que :

1. Laignel-Lavastine et Morlaas, Soc. de Psychiatrie, 1926.
2. Maria Rossi, *Les réactions médico-légales chez les postencéphalitiques*. *Encéphale*, 1926.
3. Heuyer, *Archives de Médecine des enfants*, 1926.
4. Roger, Reboul-Lachaux, Pourcine, Réactions et allure perverse chez un jeune encéphalitique. Comité méd. des Bouches-du-Rhône, oct. 1926.
5. Laignel, Lavastine et Vinchon, *Réactions perverses des enfants atteints d'encéphalite épidémique*. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1926.
6. Heuyer, Soc. de Psychiatrie, mai 1928.

- 1 sujet a présenté principalement de la simulation ;
- 5 sujets ont surtout présenté des refus d'obéissance ;  
de la rébellion, de la méchanceté morbide ;
- 3 sujets ont présenté du sommeil en faction ;
- 4, des fugues, l'abandon de poste, du vagabondage ;
- 2, des tendances au suicide,
- 6, (4 hommes et 2 fillettes) des perversions sexuelles,  
provocations, tendances incestueuses, impudicité,  
outrages et attentats à la pudeur.
- 13, des tendances aux vols.
- 4, des violences ;
- 2, des meurtres.

En résumé, nous n'avons pas trouvé très fréquemment les perversions sexuelles ni les phénomènes pervers d'allure pithiatique tels qu'accusations calomnieuses, mythomanie, simulation ou tentatives de meurtre par empoisonnement. Les vols, l'indiscipline, la rébellion sont déjà beaucoup plus fréquents. Quant aux fugues et aux violences elles constituent certainement les réactions les plus courantes.

Nous avons vu en étudiant les diverses réactions présentées par nos sujets quelle était leur pathogénie, nous n'y reviendrons donc pas. Nous donnerons seulement quelques détails sur les troubles du caractère proprement dits et quelques caractéristiques générales qui nous ont paru appartenir en propre aux réactions des postencéphalitiques quelles qu'elles soient.

V. — Nature des troubles  
du caractère. — L'Importunité assidue.  
L'affectivité paradoxale.

Si le terme de psychose postencéphalitique peut être employé, ce ne peut être, à la rigueur, qu'à propos des troubles du caractère et de la conduite qui forment chez nos malades un tableau d'ensemble fréquent et certainement le plus constant parmi les manifestations du syndrome psychopathique postencéphalitique. La grande diversité des troubles physiques ou mentaux n'empêche pas de trouver chez nos malades une allure spéciale qui les caractérise. G. Robin n'a-t-il pas dit de ses enfants : « On les met tous dans le même sac ; tant par les troubles du caractère et de l'humeur ils semblent appartenir à la même famille. » C'est là notre absolue conviction, et cette allure spéciale, quiconque a observé un peu les encéphalitiques, ou vécu avec eux, ne saurait manquer de la reconnaître, le cas échéant.

Ce qui nous a frappé au premier chef c'est la fréquence de l'importunité des malades. Nous nous étonnons de n'avoir pas vu cette *importunité assidue* signalée par les auteurs qui se sont occupés des troubles du caractère chez les postencéphalitiques. Elle a attiré notre attention tant par sa note étrange que par sa persévérance. Les malades vous questionnent pour des riens, vous interpellent à chaque visite, s'accrochent à vous pour qu'on s'occupe d'eux et cela avec une assiduité puérile et toujours renouvelée. Au cours de certaines

visites nous avons pu remarquer souvent que, seuls, les encéphalitiques nous appelaient au passage. Ils font preuve en général d'une familiarité excessive qui relève de leur état d'agitation psychomotrice, associée à une abolition parfois complète du sens des convenances. Il convient d'insister sur cette inconscience morale légère permanente et constante chez un même sujet et qui est l'origine d'un certain nombre de manifestations bénignes ; elle est une forme de l'anesthésie morale, mais une forme atténuée, superficielle, et nous l'opposons à l'anesthésie morale profonde qui ne se manifeste chez nos malades que par intermittence et qui favorise l'apparition des réactions graves. Cette inconvenance des malades se caractérise par leur manque de réserve, leur audace inconsciente, leurs tendances taquines, leurs privautés avec les femmes, leurs propos et gestes grossiers et leur importunité assidue.

Nous avons vu nos malades toucher à tout, interpellé des inconnus, poser des questions inopportunes, siffler et se promener sans autorisation au cours de l'interrogatoire.

Cette manière d'importuner et ce sans-gêne donnent au syndrome psychopathique postencéphalitique un aspect pour ainsi dire pathognomonique. Certes nous trouvons parfois parmi les pervers instinctifs des individus turbulents, agaçants, taquins, mais ils ne présentent pas la même constance dans leur importunité. Les postencéphalitiques se comportent avec tous comme avec d'anciens camarades, sans souci des convenances et dépourvus de cette réserve instinctive qu'on éprouve

en face des nouveautés et des inconnus. Certains débiles se présentent parfois d'une façon un peu analogue, manifestant des familiarités et des exigences outrées, mais chez eux cela est accidentel et peu durable relevant directement de la débilité mentale et de l'inconscience, non pas subordonné à un état d'agitation psychomotrice impérieux, comme pour nos malades, chez qui d'ailleurs la débilité mentale vraie est rare, nous l'avons vu à propos des troubles de l'intelligence. Chez les pervers instinctifs, il est vrai, l'importunité pourrait être l'effet de la malignité constitutionnelle (gâtisme intentionnel); celle-ci s'exprimerait alors aussi sous d'autres aspects de méchanceté. Or, à notre avis, la malignité vraie est exceptionnelle chez nos malades. Leur importunité provient surtout d'un besoin d'expansion, de consolation. Ils nous entretiennent souvent de leurs idées nosophobiques parfois aussi de futilités. Nous avons déjà signalé leur susceptibilité. Susceptibilité physique qu'exprime leur hyperémotivité, susceptibilité morale qui se manifeste par leur intolérance, leur agressivité, leur irritabilité.

Nous avons vu aussi que la majorité de nos malades étaient devenus paresseux; il est difficile de leur faire accomplir une besogne suivie; cette nonchalance vis-à-vis du travail s'explique aisément si l'on songe, comme nous l'avons dit, que ce sont des asthéniques chez qui l'effort sur soi-même s'est singulièrement affaibli, les défaillances et l'abdication des sentiments de dignité et d'amour-propre, qui sont la conscience même de la maîtrise de soi, en sont une preuve; si l'on songe aussi

à leur instabilité, au ralentissement psychique et moteur qui les atteint dans le parkinsonisme, aux périodes d'obnubilation qui viennent déconcerter inopinément les tentatives laborieuses, et aux troubles superficiels mais réels de leur tonus volontaire.

Nous avons cité parfois dans l'exposé des observations le terme *d'affectivité paradoxale*. Il nous semble assez bien caractériser la façon de sentir de nos malades. En gros, l'on peut dire d'abord, que nos sujets présentent un certain degré d'anesthésie morale, peu important mais permanent et excessivement fréquent : c'est ce que nous avons entendu par l'expression : affaiblissement et abolition du sens des convenances. Cette anesthésie morale n'empêche nullement les malades de présenter des sentiments altruistes parfois assez vifs même avec démonstrations exagérées. Ils ont parfois de l'indifférence persistante dont ils ont une conscience nette et dont ils se plaignent, mais souvent aussi ils demandent des nouvelles des leurs, refusent que leurs parents se privent pour eux, ils sont compatissants, ils sont heureux qu'on vienne les visiter, ils ont des marques d'attention pour leurs voisins et leurs infirmiers, ils cherchent à plaire, à se rendre sympathiques et ces sentiments sont évidemment en complet désaccord avec leur conduite faite de perversité. C'est en ce sens que leur affectivité est paradoxale.

Au cours des réactions il semble que les sujets présentent une période d'anesthésie morale plus grande qui, dès l'acte accompli, s'atténue laissant le sujet capable d'apprécier sa honte et sa déchéance. N'avons-

nous pas vu des malades revenir penauds chez eux après leurs fugues, ne plus oser paraître devant les leurs, supplier qu'on oublie leurs méfaits, faire des promesses... montrer toutes les apparences de regrets sincères et même de remords, tenter par une conduite irréprochable d'effacer les fautes commises, *faire en un mot des efforts réels vers la réparation et la réhabilitation*. Pourtant certains malades manifestent un cynisme éclatant qui correspond certainement à un sens moral très émoussé. Or, ils demeurent capables de sentiments familiaux et même de dignité personnelle parfois excessifs ; ils semblent ignorer la nature coupable de leurs réactions, ils se les excusent eux-mêmes facilement. C'est encore une forme de leur paradoxe affectif.

Les remarques que nous venons de faire nous portent à croire qu'il y a rarement hypocrisie de leur part. Toutes leurs marques d'affection, de regrets, d'hyper-sensibilité douloureuse, leurs promesses même sont sincères, malgré l'apparente contradiction des sentiments et de la mauvaise conduite. Mais brusquement, des impulsions surviennent qui voilent la conscience à l'occasion des tentations, de rancunes transitoires, d'états d'excitation. Il y a parfois indifférence, inaffectivité quant à l'entourage ; mais alors le sujet est souvent préoccupé de lui-même, son inquiétude est vive à propos de son sort, de son état physique et même mental. Si dans certaines circonstances nous notons de l'indifférence affective, en d'autres, nous notons aussi quelquefois de l'hyperaffectivité ; c'est ce contraste qui

nous a fait parler aussi au cours de nos observations de *déséquilibre affectif*. En tout cas, s'il y a parfois indifférence, parfois hypersensibilité, la malignité et la nocivité sont en général absents, les caractères des réactions semblent pouvoir l'attester.

## VI. — Nature des réactions.

### La tentation-impulsion.

Parmi les manifestations d'allure perverse de quelque origine qu'elles soient, les unes s'expliquent par une tentation, le besoin de satisfaire certaines tendances, fugues, crises de colère et de violences, vols, actes sexuels... C'est la tendance qui est plus forte que les facultés modératrices et frénatrices, c'est l'impulsion qui agit ; il y a simplement recherche d'une satisfaction personnelle sans désir de nuire à autrui. L'acte peut évidemment entraîner du dommage pour les autres, mais ce dommage n'est pas spécialement voulu, il est accidentel et contingent. Il est une autre catégorie de manifestations qui semblent ne pouvoir s'expliquer que par un désir de nuire aux autres car elles n'impliquent pas de profit pour leur auteur, ni de satisfaction autre que celle de faire du mal et de voir souffrir : destructivité, cruauté envers les animaux, fausses dénonciations, empoisonnements, malveillance préméditée, malice et mystification malicieuse, méchancetés pertinentes, importunité malveillante (gâtisme volontaire...).

Les réactions de nos malades sont caractérisées par l'*impulsivité* ; nous sommes de l'avis de Gilbert Robin qui admet qu'il y a absence de malignité foncière chez les postencéphalitiques. Les manifestations appartiennent donc surtout à la première catégorie de faits que nous venons de signaler. C'est l'élan du moment qui l'emporte sur toute autre considération. Le frein que pourrait imposer la réflexion est impuissant du fait de l'asthénie et parfois aussi de l'obnubilation et des vertiges. D'autre part, la volonté elle-même est défaillante : nous avons vu l'influence évidente que pouvait avoir sur nos sujets l'exemple et l'entraînement ; la faculté de résistance aux tentations est notablement diminuée. On pourra opposer à notre opinion certains faits qui semblent pouvoir plaider contre elle. Comment, pourratt-on dire, peut-on refuser le terme de malignité à l'ensemble de certaines réactions qui semblent bien en porter le cachet ? Mlle Lévy n'a-t-elle pas signalé le divertissement étrange de certains de ses malades urinant du haut des arbres sur des paralytiques généraux, des individus qui font endurer les pires angoisses à leur famille et à l'entourage, qui font preuve de destructivité et de cruauté envers les animaux, ne sont-ils pas réellement et foncièrement méchants ? Dans le cas de nos malades, nous ne le croyons pas. Que penser en effets d'individus animés de malignité profonde et qui dans l'intervalle de leurs coups non seulement présentent des regrets et du remords mais *attestent par leur conduite la sincérité de ces sentiments*, comment admettre la vraie malice alors qu'immédiatement après

eurs chutes ils essaient de racheter, alors que la préméditation a fait défaut. Comme le Professeur Claude et Gilbert Robin (1) nous pensons que ces actes à allure de malignité doivent être mis sur le compte d'impulsions faisant partie d'un syndrome d'excitation hypomaniaque.

« ... Bon nombre de ces troubles cessent de se produire une fois l'excitation tombée... ils éclatent le plus souvent par crises pendant des phases hypomaniaques, elles surviennent par périodes suivant un rythme d'une certaine régularité et les phases intercalaires pour un certain nombre de malades sont normales » (Claude et Gilbert Robin).

D'autre part nous trouvons associés aux manifestations d'aspect malicieux, d'autres réactions qui ne peuvent s'expliquer ni par un désir de nuire, ni par une tentation mais qui sont à rapprocher des actes de l'hypomaniaque en état de crise. Ils forment une sorte d'activité désordonnée et coïncident souvent avec des périodes d'obnubilation intellectuelle. Ce sont, par exemple, des vols insignifiants dont le malade ne tire aucun profit : l'un vole des bonbons qu'il distribue immédiatement, un autre enlève le sac à main d'une passante, un troisième vole à l'étalage des objets qu'il donne à un camarade. Ce sont encore des actes irréfléchis s'accompagnant de turbulence et de tics ; les malades touchent à tout, sifflent, crachent, sont indiscrets,

1. H. Claude et G. Robin, *Le syndrome postencéphalitique de l'enf. et la notion de dégénérescence mentale*. Annales méd. psych., 1924.

se livrent à des taquineries bénignes, commettent des mensonges inutiles.

## VII. — Individualité.

La question du diagnostic des perversions postencéphaliques a été surtout discutée, au point de vue différentiel, avec les perversions instinctives des dégénérés.

Au point de vue positif, il nous semble que les troubles du caractère doivent tenir la première place. L'importunité des malades, leurs tendances taquines, leur oubli des convenances sont des manifestations qui, par leur intensité et leur fréquence, sont de première importance. L'état bien spécial de leur sensibilité, paradoxale et déséquilibrée, de même l'impulsivité des réactions, conditionnée souvent par l'état hypomaniaque et l'obnubilation intellectuelle doivent entrer en ligne de compte.

Les perversions des déments précoces se manifestent surtout par des impulsions que l'on considère comme conscientes et qui sont soit des violences, soit des attentats à la pudeur ; elles présentent un aspect d'incohérence caractéristique et sont suivies d'un état d'indifférence absolue ; elles ne correspondent nullement à une tendance antérieure connue, elles ont tous les caractères du raptus démentiel, enfin, nous l'avons vu au sujet du diagnostic des perversions en général, les perversions des résidus hébéphréniques ou de la

période de début de la démence précoce offrent des caractères de discordance et d'indifférence qui ne peuvent être assimilés à ceux des perversions qui nous occupent. Les signes associés, stéréotypies, l'incohérence des idées, la suggestibilité beaucoup plus accentuée, la catatonie, d'un côté, les signes psychiques (sommolence, vertiges, etc...) ou physiques (parkinsonisme, etc...) de l'autre, ne permettent aucune confusion. Nous avons vu que même les syndromes hébéphréniques postencéphalitiques (pseudo-démence précoce postencéphalitique) ne pouvaient que se rapprocher de l'hébéphréno-catatonie mais non s'identifier avec elle. Il est certain qu'il faut faire une place à part à la démence précoce postencéphalitique survenue chez des prédisposés à la suite de l'infection et que certains auteurs ont constatée.

Les perversions des hystériques n'affectent pas le caractère d'impulsivité; elles se rapprochent des perversions des dégénérés, elles ont souvent des tendances nettement malignes, s'accompagnent de préméditation malicieuse. D'ailleurs, là aussi les stigmates ne permettent guère la confusion. Signalons pourtant que des phénomènes pithiatiques peuvent survenir chez les postencéphalitiques, il faut admettre là encore une prédisposition.

Il est à peine nécessaire d'indiquer la distinction avec les équivalents psychiques des épileptiques commis au cours d'états crépusculaires. Nous connaissons leur inconscience et leur aspect inouï de cruauté aveugle; l'amnésie dont ils sont suivis tranche immédiatement

le diagnostic ; d'ailleurs l'examen du sujet au moment des réactions ne laisse aucun doute : obnubilation, désorientation, geste sans explication possible. Les actes répréhensibles commis par les épileptiques en dehors de ces crises sont plus difficiles à différencier ; ils relèvent en effet du caractère comitial constitué d'irritabilité et d'impulsivité. Ces réactions sont soit des violences, soit des attentats à la pudeur. Nous avons vu que les perversions chez nos sujets pouvaient dans une certaine mesure se rapprocher de celles des épileptiques, à cause de l'obnubilation coïncidant parfois avec les réactions et à cause de l'impulsivité, que, d'autre part vertiges et absences ont des points communs chez l'un comme chez l'autre. Il faudra mettre en évidence l'obséquiosité de l'épileptique ; l'obnubilation est transitoire chez nos malades et en général moins apparente que chez l'épileptique. La viscosité mentale ne peut pas toujours être un signe de distinction puisqu'elle est très voisine de la bradyphrénie bien qu'elle soit plus démentielle que motrice. Ce sont, là encore, les signes associés qui avec les anamnestiques feront la distinction. La valeur de l'état mental plus voisin de la démence chez l'épileptique devra être calculée. D'autre part on a vu survenir l'épilepsie dans les séquelles de l'encéphalite ; les troubles du caractère de l'épilepsie vont, dans ces cas, d'ailleurs rares, aggraver les perversions attribuables à l'encéphalite.

Nous avons noté que certaines réactions de nos malades pouvaient se rapprocher de l'activité de l'hypomaniaque : l'agitation psycho-motrice, la turbulence,

l'indiscipline peuvent faire penser à l'hypomanie. Remarquons d'abord que cette activité est moins absurde, moins excentrique, se limitant à des tics, à de l'incorrection. D'autre part les gestes d'allure perverse et maligne et qui apparaissent inexplicables sont assez peu fréquents chez nos malades. Ce sont toujours soit des vols inconsidérés, soit des tortures d'animaux, soit de la destruction. L'hypomaniac est plus varié dans ses manifestations et surtout on ne trouve pas chez lui cette assiduité persévérante toujours renouvelée de l'importunité qui doit être mise en opposition à la fuite des idées. Les signes associés chez l'hypomaniac comme chez l'encéphalitique feront faire facilement le diagnostic : l'ironie, les critiques, l'habitus extérieur, la jovialité. « Cet état ressemblant à l'hypomanie n'est qu'un symptôme dans un syndrome beaucoup plus complexe, lequel déborde des cadres de l'hypomanie. » (Gilbert Robin )

Nous avons signalé les caractères principaux des perversions chez les intoxiqués, alcooliques et toxico-manes, à l'occasion des perversions instinctives : les principales réactions sont des violences, des attentats à la pudeur, des faux d'ordonnance, des vols. Il y a, sous l'influence soit de l'ivresse, soit de la confusion chronique ou de l'affaiblissement dementiel, libération des tendances mauvaises et impulsivité (jalousie, érotisme, irritabilité).

## CHAPITRE V

### LE DIAGNOSTIC DES PERVERSIONS MORALES POSTENCÉPHALITIQUES

1. Opinion des auteurs.
2. Interprétation de nos observations.
3. Ressemblances et dissemblances.

#### I. — Opinion des auteurs.

Ce problème a été résolu dans des sens différents. Il s'agit de savoir si les perversions postencéphalitiques seules ont des caractères spéciaux qui ne permettent pas de les faire rentrer dans le cadre des perversions instinctives des dégénérés. C'est un véritable psychodiagnostic qu'il s'agit d'établir, indépendamment de tout signe associé.

Kostitch dans sa thèse décrivait aux perversions postencéphalitiques quelques caractères particuliers comme la tendance aux fugues, la fréquence des idées de suicide sans mélancolie vraie, la tendance aux taquineries et l'excitation génésique, mais il basait son diagnostic surtout sur les signes physiques et psychiques concomitants et l'absence des stigmates des dégénérés.

MM. Courbon et Bauer (1) admettent la distinction entre les deux sortes de perversions.

Claude et Gilbert Robin ont décrit chez l'encéphalitique, des différences qui leur ont paru caractéristiques. L'impulsivité avec absence de malignité foncière, la conservation de l'affectivité, la constatation de sortes d'*éclipses dans les troubles du caractère*, la périodicité des actes morbides. « On ne peut pas plus parler ici de perversions proprement dites des instincts et d'atrophie des sentiments éthiques qu'on ne peut préjuger de l'affaiblissement intellectuel dans la confusion mentale idiopathique. » « Il ne nous paraît pas osé d'affirmer que l'ensemble des troubles du caractère dus à l'encéphalite épidémique présente une physionomie bien différente de ceux que l'on observe chez les pervers (G. Robin). » « C'est le pouvoir législatif qui s'exerce d'une manière désordonnée. Dans le syndrome postencéphalitique, il semble que l'ensemble des lois soit raisonnable mais que les agents chargés de les appliquer soient gênés dans leur moyen d'action... » « Pour employer une expression banale, le « fonds est bon » tandis que l'intention du mal est implicitement contenue dans le psychisme du pervers instinctif. » (H. Claude et Robin). Ces auteurs d'autre part indiquent que les perversions invariables chez le pervers constitutionnel sont susceptibles de guérison ou tout au moins d'atténuation chez l'encéphalitique.

1. Courbon et Bauer, Congrès des aliénistes et neurologistes de Bezançon, 1923. Troubles limités au caractère à la suite d'une encéphalite épidémique.

Le Dr Heuyer (1) distingue deux types de réactions des postencéphalitiques. Les unes qui se différencient des perversions instinctives et qui présentent de l'impulsivité, de la brusquerie, de l'incoercibilité, de l'inutilité avec turbulence et indiscipline ; il les considère comme analogues à celles des épileptiques avec cette différence qu'elles sont conscientes et mnésiques. Les autres, après réflexion, préméditation, utilitaires, intelligentes, malignes et tenaces, voisinant avec les perversions instinctives constitutionnelles. Mais il admet aussi qu'elles ne sont pas continues, qu'elles présentent des intermittences et qu'elles se produisent en général au cours d'agitation motrice et de turbulence qui constituent un véritable état hypomaniaque.

Branche admet aussi la conservation de l'affectivité chez les encéphalitiques.

L'individualité des perversions est soutenue encore par les travaux de Roubinovitch et Mlle Abramson (2), d'Euzières et Blouquier de Claret (3), de Wimmer (4) du Dr Fribourg-Blanc qui constate que l'affectivité n'est nullement atteinte mais « dérégulée » et confirme les idées de MM. Claude et G. Robin.

Par contre A. Lebar, Briand, Reboul-Lachaux et divers autres auteurs qui admettent la prédisposition

1. Heuyer, *14 cas de perversions postencéphalitiques. Annales de méd. des enfants*, 1926.

2. Roubinovitch et Mlle Abramson. Psychopathologie expérimentale comparée entre les séquelles postencéphalitiques et les perversions instinctives constitutionnelles chez les enfants. Congrès des aliénistes et neurologistes, juin 1925.

3. Euzières et Blouquier de Claret, *Gaz. des Hôp*, 1923.

4. Wimmer, *Contribution à la médecine légale de l'encéphalite épidémique. Annales méd. psychol.*, 1924.

pensent que les postencéphalitiques offrent avec les débiles pervers une telle ressemblance qu'on les confondrait si l'on ignorait que le début des troubles est relativement récent et secondaire à une attaque d'encéphalite épidémique.

## II. — Nos interprétations.

Nos constatations nous poussent à croire qu'il existe en effet des différences entre les deux sortes de perversité postencéphalitique et constitutionnelle, mais que ces différences sont dans la plupart des cas difficiles à mettre en évidence. Ce psychodiagnostic ne peut être établi en général que par un examen prolongé et minutieux du malade. Il est certain qu'au point de vue médico-légal ce psycho-diagnostic aurait un intérêt primordial dans les cas où sont absents les signes ordinairement associés. Les troubles du caractère, nous l'avons déjà dit, doivent donner l'éveil ; ils nous semblent assez spéciaux et leur aspect facile à reconnaître pour qui a fréquenté un peu les malades, doit orienter en cas de doute vers l'encéphalite. C'est leur importunité assidue et récidivante, leur susceptibilité, l'abolition ou l'affaiblissement du sens des convenances qui donnent ce cachet particulier du caractère postencéphalitique ; c'est en somme leur comportement social et familial qu'il faut connaître et cela demande une observation délicate et continue, que l'expert pourrait exiger en cas de difficulté réelle.

Comme MM. Claude et Robin nous pensons qu'il y a réellement absence de malignité foncière. Les réactions sont en général commises sous l'influence d'une *tentation-impulsion*, et non pas par préméditation, encore moins par calcul méchant, dans le seul but de nuire à autrui. Les seules qui paraissent s'être produites sans l'intervention d'une tentation mal réfrénée autre que celle de nuire sont rares et nous croyons que même dans ces cas la recherche du mal n'existait pas, que le dommage causé aux autres était non voulu ; c'est ce genre de réactions, qui est loin de former la généralité, que nous désignons par l'expression *malignité impulsive* ; elle est conditionnée par l'état d'agitation psycho-motrice et non pas par le désir prémédité et calculé de faire souffrir les autres : ces faits se ramènent à la destructivité, aux cruautés envers les animaux. La constatation de malignité réelle (méchancetés, calomnies, empoisonnements) nous porte à croire qu'il y avait prédisposition latente ou déjà réalisée avant l'atteinte encéphalitique.

Ce qui vient à l'appui de l'absence de malignité vraie, c'est la conservation que nous avons pu vérifier des sentiments de regrets, de remords et de sympathie vis-à-vis de l'entourage.

Cette affectivité, il est vrai, est déséquilibrée et paradoxale ; elle explique précisément l'allure des réactions. Il convient d'insister sur le comportement des malades dans l'intervalle de leur méfaits et de mettre en évidence leurs efforts vers la réparation et le relèvement. La malignité et l'inaffectivité constitutionnelles

appartiennent au pervers instinctif ; le diagnostic de discrimination en cas d'association de perversité acquise et de perversité constitutionnelle exigera évidemment une étude attentive et suivie des réactions et des troubles du caractère.

Son intérêt médico-légal est à considérer puisqu'il y avait déjà antérieurement perversions instinctives qui n'ont fait que s'aggraver.

### III. — Ressemblances et dissemblances.

Résumons ces idées : Perversions constitutionnelles et perversions postencéphaliques vont se produire sous une forme analogue ; c'est en ce sens que de nombreux auteurs ont parlé d'une véritable invalidité morale acquise. Comme les pervers instinctifs, les postencéphaliques font des fugues, sont indisciplinés, commettent des vols, des violences, des attentats sexuels, etc. . . .

Signalons pourtant la fréquence des réactions anodines : vols futiles, privautés, turbulence, mensonges inutiles, des fugues et des violences et la rareté des perversions sexuelles graves. Ils ne présentent pas une forme spéciale de perversions que les constitutionnels n'aient pas déjà manifestée. Ils sont inintimidables les uns comme les autres ; pourtant faut-il faire une certaine réserve au sujet des postencéphaliques.

Si la forme est la même — bien que la perversité à forme de préméditation malicieuse (lettres anonymes, dénonciations calomnieuses, empoisonnements...) relève des perversions constitutionnelles et qu'elle manque

chez les postencéphaliques, — le fonds de perversité est différent. Nous établissons des différences fondamentales entre le caractère de nos malades et celui des pervers instinctifs. On rencontre bien des points communs tels que l'hostilité, l'impulsivité, l'érotisme, la paresse, le goût des gains faciles, la rancune plus tenace chez le pervers, plus transitoire chez l'encéphalitique, le goût des voyages, des engagements à l'armée et des aventures, mais l'assiduité importune et les taquineries, l'abolition du sens des convenances entraînant toutes sortes de réactions anodines, la susceptibilité qui n'est pas la vanité du débile pervers bien différente, ces caractères, nous l'avons dit, forment un ensemble pathognomonique qui devra attirer l'attention.

Enfin les résultats du traitement non absolument nuls chez les encéphaliques forment encore un point de dissemblance.

Voilà pour ce qui est du psycho-diagnostic des perversions postencéphaliques. Il exige un examen prolongé et averti du sujet ; l'expert, en général, n'y aura pas recours. Les nuances à établir sont à la vérité subtiles ; le diagnostic qui, évidemment, peut se faire chez certains sujets du point de vue psychologique pur, se fera en général sur la constatation des signes associés :

Chez le pervers : les stigmates dégénératifs (ne pas confondre le faciès adénoïdien avec l'aspect figé du parkinsonien, ne pas assimiler la blésité et le bégaiement, la diplopie, le nystagmus, l'anisocorie, les tics, les mouvements choréïques, les myoclonies des dégénérés

avec les signes neurologiques tardifs) la débilité mentale souvent associée, les antécédents personnels et familiaux.

Chez l'encéphalitique : les séquelles tardives neurologiques et générales et les troubles mentaux surajoutés; les résultats de la ponction lombaire et les anamnétiques.

Ce n'est qu'en l'absence de tous ces signes dont le parkinsonisme est le plus important et permet immédiatement chez un sujet avant la quarantaine de trancher la question, que l'expert aura à faire le psychodiagnostic différentiel de la perversité acquise postencéphalitique. Ces cas sont assez rares mais non exceptionnels.

## CHAPITRE VI

### LE PERVERS POSTENCÉPHALITIQUE AU POINT DE VUE SOCIAL

1. L'avenir du sujet.
2. Question médico-légale.
3. Assistance.

#### I. — L'avenir du sujet.

Depuis dix ans que l'encéphalite évolue, la question du pronostic demeure encore incertaine. Nous avons vu ce qu'il fallait penser des séquelles physiques tardives : la menace d'apparition d'un syndrome parkinsonien et de son évolution plus ou moins rapide vers la cachexie persiste pendant plusieurs années après l'atteinte aiguë. Quant aux séquelles psychiques, les avis sont partagés et il faut l'avouer, il est encore trop tôt pour se prononcer définitivement. Pourtant le pronostic, avec le recul des années, s'obstine à demeurer sombre. Ce qui permet de conserver quelque espoir, c'est la notion de plus en plus admise de la persistance de l'activité du virus dans les centres nerveux.

Pour Paterson il y aurait 25 % de guérison complète : elle se produirait lentement mais définitivement.

Grossmann est moins optimiste. Sur 92 malades il compte 10 guérisons, quelques états satisfaisants ou stationnaires, d'autres en voie d'amélioration, par contre 62 en évolution progressive. Pour Gilbert Robin, la grande majorité des cas sont constitués par des guérisons incomplètes avec séquelles. Nous avons indiqué que l'avancement en âge ne modifiait guère les troubles du caractère et de la conduite. La conservation de l'affectivité et du jugement, la conscience morbide sont des faits qui pour G. Robin autorisent un certain optimisme pour l'avenir des perversions. Nous ne pouvons pas nous prononcer sur ce point. Ce qui est réel, c'est que le déséquilibre affectif des malades avec ses impulsions intermittentes, les fait osciller des meilleures dispositions aux abdications les plus viles et leur permet d'éprouver parfois l'amertume aiguë de leur dépravation et de souffrir réellement. Des cas d'amélioration et même de guérison auraient été signalés. Ils sont rares ; pour nous, nous ne les avons jamais constatés ; malgré la meilleure volonté des malades, leurs promesses et leurs efforts ils récidivent dès que les tentations les sollicitent, dès que les occasions surviennent. Le régime de l'asile nous paraît avoir une heureuse influence sur les tendances perverses de nos malades. Il ne s'agit ni de blâmer, ni de punir, ni de récompenser ; ces tentatives ont été essayées avant nous par l'entourage du malade qui a fait fausse route en général, les sujets sont ininfluencables par ces moyens. Seules, la surveillance continue telle qu'elle s'exerce à l'asile et la privation de tentations et d'occasions qu'il s'agit d'éliminer

scrupuleusement permettent à beaucoup d'encéphaliti-ques de mener une vie à peu près normale et d'effectuer la petite somme de labeur dont ils sont capables. Certains malades sont depuis des mois à l'asile dans ces conditions et n'ont pas encore donné lieu à des reproches. Hélas dès qu'ils recouvrent leur liberté les récidives se produisent.

Il convient d'opposer à ces résultats la conduite des pervers instinctifs qui malgré la surveillance et l'isolement continuent du fait de leur malice et de leur préméditation, à se rendre coupables de désordres. Il faut se rappeler que le caractère des manifestations perverses postencéphalitiques, c'est d'être des *tentations-impulsions* ou de l'agitation psychomotrice. Evitons donc le plus possible pour nos malades toute cause d'excitation et nous aurons réalisé le genre de vie qui leur convient. Quant au traitement médicamenteux (*datura*, *scopolamine*, *salicylate*) s'il donne quelque amélioration des signes physiques en particulier du parkinsonisme, il est absolument inexistant au point de vue des troubles psychiques.

## II. — Question médico-légale.

Les manifestations de nos malades affectent souvent un caractère anodin, le fait qu'elles surviennent aussi souvent chez les adolescents fait qu'elles donnent lieu relativement peu à des inculpations. Celles-ci se produisent pourtant, d'autant plus que l'âge des sujets avance. Le problème médico-légal de l'encéphalite chro-

nique se pose aujourd'hui d'une manière positive. Dans quelle mesure l'encéphalitique est-il responsable de ses réactions antisociales ? Que peut-on espérer des sanctions pénales ?

Distinguons d'abord la responsabilité métaphysique et la responsabilité pratique. Il est évident que l'encéphalitique au point de vue philosophique pur est absolument irresponsable de ses actes puisque ceux-ci sont l'effet, nous l'avons vu, de la maladie. Mais cette responsabilité métaphysique existe-t-elle d'ailleurs jamais ; nos moindres actes ne sont-ils pas le résultat d'un déterminisme rigoureux où notre libre arbitre n'a que faire. Cette notion de la responsabilité ne saurait évidemment entrer en considération vis-à-vis des magistrats dont la seule préoccupation est la responsabilité pratique. Celle-ci pose les questions suivantes : Dans quelle mesure l'inculpé est-il capable de résister à ses tendances ? Quelles mesures y a-t-il à prendre pour protéger la société et tenter de relever l'individu ?

Le docteur Fribourg-Blanc l'a indiqué, il y a lieu de tenir compte de l'état mental du sujet. Nous pensons que des sanctions pénales peuvent avoir un résultat favorable chez les sujets qui, au point de vue intellectuel, ont conservé leur intégrité. Chez eux, c'est la faculté d'inhibition vis-à-vis des tentations qui est défaillante. Il faut essayer de la fortifier par la crainte de peines d'ailleurs légères ou par l'intimidation en convoquant, par exemple, le sujet devant les autorités policières.

Il faut pourtant faire une distinction, les impulsions peuvent être si fortes que le malade ne peut y résister, c'est alors un inintimidable, les sanctions n'auront aucune influence.

Chez les sujets avec troubles intellectuels marqués tels que vertiges, absences, obnubilation, arriération, somnolence qui laissent les malades par intermittences impuissants à résister aux tentations, les peines devront encore être rejetées.

### III. — Assistance.

Le nombre des malades pour qui peuvent réussir l'intimidation et les peines légères nous paraît restreint. Tous les autres devront être placés pour soustraire la société à leur menace et traités pour essayer de les récupérer socialement.

Nous pensons que des services spéciaux où l'on concentrerait tous les encéphalitiques pervers antisociaux donneraient quant à la surveillance et au traitement la plus grande commodité.

Ils auraient aussi un rôle prophylactique, étant donné la contamination tardive possible. Le caractère importun et taquin qui trouve dans les services ordinaires d'asile un champ d'action favorable sur les différents malades (débiles, maniaques, déments) ne pourrait guère s'exercer. Les sujets devraient, entre eux, se méfier et se modérer, il conviendrait d'ailleurs de les grouper, non pas par niveau intellectuel semblable, mais par force physique égale (parkinsoniens ensemble,

non parkinsoniens aussi). Un traitement en série des séquelles physiques serait facile à établir.

Une surveillance continue et l'absence scrupuleuse de toute tentation et de toute possibilité de détournement permettraient d'obtenir le maximum de rendement au travail et une conduite à peu près irréprochable. Les sorties, nous l'avons constaté, prouvent que les sujets sont des récidivistes, on ne peut d'aucune manière entrevoir la fin du placement. La conduite à tenir vis-à-vis des pervers postencéphalitiques qui présentaient une prédisposition ou des anomalies de la conduite antérieure est la même que vis-à-vis des pervers instinctifs : sanctions pénales s'ils sont intimidables, sinon, asile à perpétuité.

## CONCLUSIONS

I. — L'encéphalite épidémique dans ses manifestations mentales tardives crée avec prédilection des troubles du caractère et des perversions instinctives.

L'étude de l'évolution de l'encéphalite épidémique nous porte à croire à l'activité persistante du virus dans les centres nerveux. Parmi les faits qui plaident en faveur de cette opinion citons : la possibilité de reprise et même d'apparition tardives de certains signes neurologiques en particulier d'un syndrome parkinsonien, les modifications qui surviennent à des époques indéterminées dans l'état physique et mental des malades, les cas de contamination tardive.

II. — Les reliquats physiques de l'encéphalite épidémique sont de gravité variable, le syndrome excito-moteur semble en général pouvoir s'améliorer lentement et guérir, mais des manifestations comme l'évolution d'un syndrome parkinsonien, l'apparition de phénomènes épileptiques, qui peuvent ne survenir que plusieurs années après l'atteinte aiguë, sont d'une gravité menaçante et font des malades de véritables infirmes dont la valeur sociale est extrêmement compromise.

Après 10 ans d'observation le pronostic reste sombre quant à ses séquelles.

III. — Les reliquats psychopathiques postencéphaliques nombreux et diversement associés chez chaque sujet peuvent être répartis en :

1. Etats de confusion, onirisme et syndromes hébéphréniques.

2. Etat d'agitation psycho-motrice.

3. Troubles du sommeil.

4. *Troubles de la volonté.* — Impulsivité, suggestibilité, conservation des attitudes, obsessions, impulsions, tics.

5. *Troubles des facultés intellectuelles.* — Bradyphrénie. Troubles superficiels de l'attention et de la mémoire de fixation. Affaiblissement du contrôle des actes. Troubles en général légers mais pouvant exceptionnellement affecter une gravité particulière chez les parkinsoniens et donner lieu à la « démence parkinsonienne postencéphalitique » de Darré.

6. *Arriération pédagogiques* et puérilisme mais intégrité du jugement.

7. *Absences et vertiges,* Sans retentissement notable sur le fonds mental.

8. *Troubles du caractère,* les plus importants qui englobent : les états de dépression et le suicide, le pithiatisme, l'hyperémotivité, le déséquilibre affectif, les tendances cyclothymiques, les *perversions morales et instinctives.*

Les signes confusionnels et l'onirisme, caractéristiques de la période de début, s'améliorent et disparaissent en général.

Les troubles du sommeil s'atténuent de plus en plus

mais laissent souvent à leur suite des tendances périodiques à la somnolence.

IV. — Les perversions morales postencéphalitiques comportent des *troubles du caractère* et des *réactions* les unes *anodines*, les autres *graves*.

*Les troubles du caractère* très fréquents se retrouvent associés chez la plupart des malades.

*Les réactions anodines* elles aussi sont très courantes chez nos sujets.

Les uns comme les autres n'ont pas pu servir de base à un classement. Par contre les *réactions graves* ou du moins d'une certaine importance, moins générales et moins souvent associées nous ont paru exprimer davantage le fonds moral des postencéphalitiques. Nous avons ainsi réparti nos 26 observations en 6 groupes d'après l'importance et la gravité des réactions présentées :

1° Instabilité et fugues ;

2° Irritabilité morbide, violences, tentatives de suicide, actes impulsifs ;

3° Vols, mendicité, grivèlerie ;

4° Indiscipline et rébellion ;

5° Mensonges et mythomanie ;

6° Perversions sexuelles et attentats aux mœurs.

V. — *Prédisposition, troubles associés, âge.* — Nous n'avons trouvé chez nos malades un état de prédisposition que 7 fois sur 26 cas. Sur ces 7 fois, 3 sujets avaient présenté antérieurement à la maladie des anomalies de la conduite et du caractère. L'encéphalite est capable à elle seule de provoquer les perversions

morales. Ce syndrome de perversité postencéphalitique un peu spécial se rapproche davantage chez les prédisposés des perversions instinctives constitutionnelles. Des séquelles physiques et psychiques accompagnent en général les perversions. Quatre de nos cas présentaient des perversions à l'état isolé, tous les autres, des troubles mentaux surajoutés, 19 des séquelles physiques et sur ces 19, 16 le syndrome parkinsonien. Les perversions plus fréquentes à l'heure actuelle chez l'enfant et l'adolescent que chez l'adulte ne paraissent pas influencées par l'avancement en âge. Chaque sujet, quel qu'âge qu'il ait, offre des perversions qui sont de même nature, avec cette différence qu'il les manifeste avec la mentalité qu'il possède.

VI. — *Caractère des perversions.* — Nos observations et les constatations des auteurs nous ont montré la rareté relative des perversions sexuelles et des perversions d'allure pithiatique, la fréquence plus grande des vols, de l'indiscipline et de la rébellion et celle encore plus importante des fugues et des violences.

*Les troubles du caractère* nous ont paru pathognomiques chez l'encéphalitique.

Il convient d'insister sur *l'importunité assidue* et la *perte du sens des convenances*. Mais d'autres troubles sont aussi caractéristiques : la paresse, la susceptibilité, l'irritabilité, l'instabilité, le goût des gains faciles, des voyages et des aventures, les rancunes transitoires, *l'affectivité paradoxale* et le *déséquilibre affectif*.

Parmi les *manifestations bénignes* nous trouvons les réactions suivantes : démissions sans motif, colères,

taquineries, menaces, gestes et propos grossiers, menus vols, ivrognerie, débauche, désobéissance, mensonges, médisance, perversions sexuelles anodines). Parmi les *réactions graves* : les fugues, évasions et désertions, les violences graves, le suicide, les meurtres et empoisonnements, les vols importants, la rébellion et les complots, la mythomanie importante (accusations calomnieuses), les perversions sexuelles graves.

Les réactions sont caractérisées par *l'impulsivité* que favorisent les périodes d'anesthésie morale et l'obnubilation plus ou moins marquée de la conscience. Ce sont des *tentations-impulsions*, il y a absence de malignité foncière, de préméditation malicieuse. Nous avons donné les raisons qui nous font croire que les réactions d'apparence nocive relèvent en réalité de l'état d'agitation psycho-motrice.

Les perversions morales postencéphalitiques peuvent être différenciées, du point de vue mental pur, de celles du dément précoce, de l'hystérique, de l'épileptique, de l'hypomaniaque mais les signes associés feront faire le diagnostic.

VII. — *Individualité.* — Les caractères que nous avons signalés : *l'importunité assidue, la conservation de l'affectivité, l'effort vers le relèvement, l'absence de malignité* et aussi les résultats du traitement permettent de faire le psychodiagnostic avec les perversions instinctives constitutionnelles. Diagnostic intéressant au point de vue médico-légal quand les signes associés font défaut mais qui exige une étude étendue et minutieuse du comportement de l'inculpé. En général ces nuances

différentielles subtiles ne serviront guère au diagnostic qui se fera surtout sur les séquelles physiques et la ponction lombaire (hyperglycorrachie).

VIII. — *Médecine légale et assistance.* — L'étude de l'évolution de l'encéphalite épidémique depuis 10 ans ne permet pas encore de fixer le pronostic des perversions. Chaque fois qu'un sujet est sorti de l'asile, il s'est livré à des récidives. La responsabilité pratique de l'inculpé est en rapport avec son degré d'intimidabilité et la défense de la société. Des peines légères, atténuées, semblent pouvoir avoir quelque influence sur les sujets qui conservent un état intellectuel intègre et capables d'opposer encore une résistance aux impulsions. L'intimidation pourrait dans ces cas renforcer les facultés d'inhibition défailantes.

Dans les autres cas (arriération, vertiges et absences, somnolence, absence de résistance aux tentations) c'est le placement qui convient.

La conduite des sujets à l'asile où sont éliminées les tentations et les occasions de rechute, est en général très améliorée à l'inverse de celle des pervers instinctifs.

La création de services spéciaux pour encéphalitiques faciliterait la surveillance et le traitement et tiendrait compte de la contamination tardive possible.

Vu : le Doyen,  
ROGER.

Vu : le Président de la thèse  
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer,  
Le Recteur de l'Académie de Paris,  
CHARLÉTY.

## BIBLIOGRAPHIE

- Achard*. — L'encéphalite épidémique. Baillière. Paris, 1922.
- Adam et Frey*. — De la période médico-légale de l'encéphalite épidémique (Congrès de Besançon, 1923).
- Besson*. — Les manifestations psychiques de l'encéphalite épidémique. La psychose encéphalitique. Thèse de Paris, 1923.
- Blin*. — Les débilités mentales.
- Bonhoeffer* (Prof.). *Klinische Wochenschrift*, juillet 1922.
- Bonhomme*. — Etude des aliénés vicieux. Thèse de Montpellier, 1910.
- Bosc*. — Les actes d'agression brutale chez les encéphalitiques. *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 7 mai 1920.
- Branche*. — Troubles mentaux consécutifs à l'encéphalite épidémique. Thèse de Lyon, 1922.
- Briand*. — Les troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique, au point de vue médico-légal (*Bull. de l'Ac. de Méd.*, 1921).
- Briand et Porcher*. — Séquelles d'encéphalite épidémique. Troubles du caractère et excitation psychomotrice à exacerbations nocturnes. (*Bull. Soc. M. M.*, 1921).
- Briand et Reboul-Lachaux*. — Perversions instinctives post-encéphalitiques (*S. C. M. M.*, déc. 1921).
- Briand et Rouquier*. — Congrès de Strasbourg, 1920.
- Rapports entre certains états pithiatiques et l'encéphalite épidémique. *Soc. de Psychiatrie*, juin 1920.

- Carrette.* — Perversions instinctives postencéphalitiques (Soc. méd. psychol., mai 1924).
- Cellier.* — Transformations morbides du caractère consécutives à l'encéphalite épidémique (Progrès Médical, 1920).
- Cénac.* — Perversions sexuelles et encéphalite épidémique (Ann. méd. psychol., 1924).
- Chauffard.* — L'encéphalite épidémique (Bull. de l'Ac. de Méd., fév. 1920).
- Claude (H.).* — Maladies du système nerveux. Baillière, 1912.
- Suites éloignées des troubles mentaux postencéphalitiques (Soc. méd. psychol., févr. 1922).
- Etat mental des parkinsoniens (Paris Médical, 1920).
- Claude (H.), Baruk et Lamache.* — Obsessions-impulsions conséc. à l'encéphalite épidémique (Soc. de Psychiatrie, oct. 1927).
- Claude (H.) et Brousseau.* — Troubles mentaux d'origine encéphalitique à début confusionnel et avec palilalie et tachyphémie (S. C. M. M., 1922).
- Claude (H.) et Robin.* — Le syndrome mental postencéphalitique chez l'enfant et la notion de dégénérescence mentale (Annales méd. psychol., 1924).
- Collin (A.), Tobolowska et Requin.* — Séquelles d'encéphalite épidémique (Soc. méd. psychol., juin 1922).
- Collin (A.) et Rollet (H.).* — Médecine légale infantile, 1920.
- Comby.* — Séquelles nerveuses de l'encéphalite épidémique (Archives du Méd. des enfants, mai 1923).
- Coumel.* — Les syndromes dépressifs postencéphalitiques. Thèse de Lyon, 1926.
- Courbon (P.) et Bauer.* — Troubles limités au caractère à la suite d'une encéphalite épidémique (Congrès de Besançon, 1923).

- Courtois*. — Syndrome comitio-parkinsonien. Thèse de Paris, 1928.
- Cruchet*. — L'encéphalite épidémique. Ses origines. Les 64 premières observations connues, 1928.
- Cuel et Cénac*. — Parkinsonisme postencén. et psychose dépressive (Bull. S. C. M. M., 1923).
- Darré*. — Les troubles mentaux chez les parkinsoniens postencéphalitiques. Thèse de Lyon, 1927.
- Delater*. — Auto-observation d'encéphalite léthargique (Paris-Médical, 1920).
- Dubuisson et Vigouroux*. — Responsabilité pénale et folie, 1911.
- Dapour*. — Pithiatisme et Séq. d'enc. (Soc. de Psychiatrie, 1920).
- Dapour et Abely*. — Exhibitionnisme chez un parkinsonien (S. C. M. M., juil. 1925).
- Dapour, Bauer et Chatagnon*. — Le suicide chez les postencéphalitiques (Soc. de Psychiatrie, oct. 1926).
- Dupré*. — Les perversions instinctives (Rapport au congrès des aliénistes, et neurologistes de France. Tunis, 1912).
- Euzières*. — Les troubles psychiques de l'encéphalite épidémique (Gaz. des Hôp., 1920).
- Euzières et Bl. d. Claret*. — Troubles moraux consécutifs à la névrauxite épidémique (Gaz. des Hôp., 1923).
- Euzières, Bl. d. Claret et Pagès*. — La tendance au suicide chez les Parkinsoniens postencéphalitiques (Languedoc Médical, 1923).
- Fausto Guerre et Sylvio Ribeiro de Souza*. — Parkinsonisme et fabulation (Sao Paulo Médico, août 1928).
- Foix*. — Affection des hémisphères cérébraux (Neurologie. Col. Sergent, 1921).

- Franklin, Ebauch (G.)*. — American Journal of Diseases of Children, fév. 1923.
- Fribourg-Blanc*. — Les réactions antisociales au cours de l'encéphalite épidémique (Rapport au Congrès de méd. légale. Paris, oct. 1928).
- Froment (J.)*. — Le déficit psychique dans les états parkinsoniens postencéphalitiques. (Revue neurologique, 1921).
- Galligaris et Sartorelli*. — Policlinico. Set. Med., déc. 1927.
- Genil-Perrin*. — Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale. Thèse de Paris, 1912.
- Gilles*. — Encéphalite épidémique, pithiatisme et réforme (Encéphale, 1922).
- Grossmann*. — Les séquelles de l'encéphalite épidémique (Journal of the american med. association).
- Guiraud*. — Les lésions nerveuses dans l'encéphalite épidémique (Encéphale, 1923).
- Hesnard*. — Les petites séquelles mentales de l'encéphalite épidémique (Sud médical et chirurgical, août 1927).
- Heuyer*. — Enfants anormaux et délinquants juvéniles. Thèse de Paris, 1914.
- Perversions inst. postenc. (Soc. de psychiatrie, 1925).
  - Considération sur 14 cas de perversions postenc. (Archives de méd. des enfants, 1926).
  - Réactions médico-légales chez un postenc. (Soc. de psych., mai 1928).
- Heuyer et Le Guillan*. — Réactions médico-légales, automatisme mental d'origine encéphalitique (Soc. de psych. déc. 1928).
- Kahn (P.)*. — Accusations calomnieuses chez un postenc. (Soc. de psych., 1923).

- Kostitch.* — Invalidité morale acquise postnévrauxitique. Thèse de Montpellier, 1923.
- Laignel-Lavastine, Barbe, Delmas.* — La pratique psychiatrique.
- Laignel-Lavastine et Morlaas.* — Perv. Inst. Postenc (Soc. de psych., 1926).
- Laignel-Lavastine et Vinchon.* — Réactions perverses des enfants atteints d'enc. épid. (Semaines des Hôp. de Paris, 1926).
- Lebar (A.).* — Les troubles psychiques dans l'enc., épid. chez les enfants. Thèse d'Alger, 1923.
- Levy (Mlle G.).* — Manifestations tardives de l'enc. épidémique. Thèse de Paris, 1922.
- Lhermitte.* — Les formes prolongées de l'enc. épidémique (Journal méd. français, avril 1923).
- Logre.* — 2 cas d'encéphalite léthargique avec syndrome psychique ressemblant au syndrome hébéphrénocatatonique (Encéphale, 1920).
- Mairet et Euzières.* — Les invalides moraux, 1910.
- Marie et Parant.* — Séquelles de l'enc. léthargique (Bull. S. C. M. M., 1922).
- Marchand.* — Démence encéphalitique précoce (Bull. S. C. M. M., fév. 1929).
- Marchand et Courtois.* — Hémisindrome parkinsonien consécutif à l'enc. épid. début. par signes de folie morale (Soc. de Psych., nov. 1927).
- Mendicini.* — La responsabilité des encéphalitiques.
- Marmier.* — Les Perversions instinctives. Thèse de Paris 1912.
- Mikulski.* — Troubles psychiques de l'enc. épid. (Encéphale, 1925).

- Naville.* — La Bradyphrénie (Encéphale, 1922).
- Netter.* — L'encéphalite léthargique épidémique (Paris médical, 1918).
- Faut-il conserver le nom d'encéphalite léthargique (Bull. de l'Ac. de Méd., 1920).
- Netter, Césari et Durand.* — Activité du virus de l'encéphalite dans les centres nerveux 15 mois après le début. (Soc. de biologie, 1921).
- Nobécourt.* — L'obésité dans l'encéphalite épidémique (Bull. et Mémoires de la Soc. méd. des Hôpitaux, 1921).
- Padéano.* — Le syndrome hébéphréno-catatonique dans l'encéphalite épidémique. Thèse de Paris, 1923.
- Perrens.* — Troubles physiques et psychiques consécutifs à une enc. épid. (Soc. de Méd. et de Chirurgie, Bordeaux, mai 1921).
- Petit (G.).* — Les formes mentales prolongées de l'encéphalite épidémique (Soc. Méd. des Hôpitaux, 1921).
- Pienkowski.* — Congrès des aliénistes polonais. Wilna, juin 1922.
- Robin (G.).* — Les troubles mentaux dans les formes prolongées de l'enc. épid. chez l'enfant. Thèse de Paris, 1923.
- Les troubles du caractère chez l'enfant et le problème de la conscience morale (Journal de psychologie normale et pathologique, 1924).
- Roger (H.).* — Formes léthargique, myoclonique, choréo-ataxique, délirante, névralgique (Marseille Médical, 1920).
- Roger (H.) et d'Armes.* — Mélancolie et pseudo-mélancolie postencéphalitique (Marseille Médical, 1920).
- Roger, Reboul-Lachaux et Pourcine.* — Fugues et réactions

- d'allure perverse chez une jeune encéphalitique.  
(Comité médical des B.-du-Rhône, oct. 1926).
- Rogues de Fursac*. — Manuel de psychiatrie.
- Maria Rossi*. — Les réactions médico-légales chez les encéphalitiques (*Encéphale*, 1926).
- Roubinovitch et Abramson (Mlle.)*. — Congrès des aliénistes et neurologistes, juin 1925.
- Roubinovitch, Schiff et Courtois*. — Epilepsie et encéphalite épidémique (*Soc. de psychiatrie*, mars 1928).
- Rouquier*. — Syndrome dépressif postencéphalitique. Congrès des aliénistes et neurologistes. Blois, Tours, 1927.
- Reboul-Lachaux et Serin (Mlle.)*. — Encéphalite épidémique et perversions sexuelles (*Annales méd. psycholog.*, 1924).
- Sicard*. — Les modalités de début de l'encéphalite épidémique (*Bull. de l'Ac. de Méd.*, mai 1920).
- Szumslanski et Courtois*. — Spasme de torsion postencéphalitique (*S. C. M. M.*, 1927).
- Tinel*. — Syndrome névropathique et encéphalite épidémique. (*Journal médical français*, 1923).
- Tonesco et Jonesco*. — Troubles du caractère consécutifs à l'encéphalite épidémique chez les enfants. Spital, 1925.
- Truelle et Petit*. — Les troubles mentaux dans l'encéphalite épid. (Congrès de Quimper, août 1922).
- Wimmer*. — Contribution à la médecine légale de l'enc. épid. (*Annales méd. psychol.*, fév. 1924).



## TABLE DES MATIÈRES

|                                                                                                       | Pages |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| INTRODUCTION .....                                                                                    | 9     |
| CHAPITRE PREMIER. — <i>Les perversions instinctives</i> .....                                         | 11    |
| 1. La Description de Dupré .....                                                                      | 11    |
| 2. Résumé clinique .....                                                                              | 14    |
| 3. Perversions instinctives et dégénérescence .....                                                   | 16    |
| 4. Le diagnostic des perversions instinctives .....                                                   | 25    |
| CHAPITRE II. — <i>L'encéphalite épidémique et ses séquelles</i> .....                                 | 32    |
| 1. Les symptômes et l'évolution de l'encéphalite épi-<br>démique .....                                | 32    |
| 2. Les séquelles neurologiques .....                                                                  | 39    |
| Le syndrome excito-moteur .....                                                                       | 39    |
| Le parkinsonisme .....                                                                                | 41    |
| Quelques manifestations spéciales et générales ..                                                     | 44    |
| Diagnostic .....                                                                                      | 46    |
| 3. Les séquelles psychopathiques .....                                                                | 48    |
| Nature et répartition .....                                                                           | 49    |
| Etats de confusion, onirisme, syndromes hébéphré-<br>niques .....                                     | 53    |
| Agitation psycho-motrice .....                                                                        | 56    |
| Troubles du sommeil .....                                                                             | 57    |
| Troubles de la volonté .....                                                                          | 58    |
| Troubles des facultés intellectuelles .....                                                           | 59    |
| Arriération pédagogique .....                                                                         | 60    |
| Vertiges et absences .....                                                                            | 61    |
| Troubles du caractère .....                                                                           | 61    |
| CHAPITRE III. — <i>Les perversions morales postencéphali-<br/>        tiques (Observations)</i> ..... | 63    |

|                                                                                              |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. Instabilité et fugues.....                                                                | 65  |
| 2. Irritabilité morbide, violences, tentatives de suicide,<br>actes impulsifs.....           | 81  |
| 3. Vols, mendicité, grivèlerie.....                                                          | 108 |
| 4. Indiscipline et rébellion.....                                                            | 124 |
| 5. Mensonges et mythomanie.....                                                              | 137 |
| 6. Perversions sexuelles et attentats aux mœurs.....                                         | 142 |
| CHAPITRE IV. — <i>Les perversions morales postencéphaliques</i> (Tableau d'ensemble).....    | 170 |
| 1. Perversions postencéphaliques et dégénérescence.....                                      | 170 |
| 2. Les manifestations tardives et les perversions.....                                       | 174 |
| 3. L'âge de nos malades.....                                                                 | 177 |
| 4. Sémiologie et constatation de certains auteurs....                                        | 180 |
| 5. Nature des troubles du caractère. L'importunité<br>assidue. L'affectivité paradoxale..... | 187 |
| 6. Nature des réactions. La tentation-impulsion.....                                         | 192 |
| 7. Individualité.....                                                                        | 195 |
| CHAPITRE V. — <i>Le diagnostic des perversions morales postencéphaliques</i> .....           | 199 |
| 1. Opinion des auteurs.....                                                                  | 199 |
| 2. Interprétation de nos observations.....                                                   | 202 |
| 3. Ressemblances et dissemblances.....                                                       | 204 |
| CHAPITRE VI. — <i>Le pervers postencéphalitique au point de vue sociat.</i> .....            | 207 |
| 1. L'avenir du sujet.....                                                                    | 207 |
| 2. Question médico-légale.....                                                               | 209 |
| 3. Assistance.....                                                                           | 211 |
| CONCLUSIONS.....                                                                             | 213 |
| BIBLIOGRAPHIE.....                                                                           | 219 |



